

**EL PERSONAL MÉDICO DEL SISTEMA
PUBLICO SANITARIO: REGIMEN
RETRIBUTIVO Y DE RELACIONES
LABORALES Y RELACION DE AGENCIA.**

**CARROQUINO BAZAN, Luis Miguel
OCHOA ABUELO, Javier**

Curso de adaptación al grado en RR.LL. y RR.HH.
2011-12

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
PARTE PRIMERA	4
1.1. LA RELACION DE AGENCIA EN EL PROFESIONAL SANITARIO	5
1.2. REFORMAS ORGANIZATIVAS PARA ALCANZAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.....	9
1.2.1. El gerencialismo, los cuasimercados y la privatización.....	10
1.2.2. Gestión directa vs gestión indirecta.....	12
A) La gestión directa.....	12
B) Las nuevas formas de gestión	13
C) La gestión indirecta. El proceso de privatización de la sanidad.....	25
1.3. EL CORPORATIVISMO MEDICO Y LA CAPACIDAD DE INFLUIR EN LA POLÍTICA SANITARIA.....	28
PARTE SEGUNDA	33
2.1. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	34
2.1.1. Personal incluido en el ámbito de aplicación del Estatuto Marco y su clasificación	37
2.1.2. Régimen retributivo en el Estatuto Marco.....	40
2.1.3. Jornada y tiempo de trabajo	43
2.1.4. Régimen de incompatibilidades en el Estatuto Marco	48
2.2. REGIMEN RETRIBUTIVO DEL PERSONAL ESTATUTARIO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD	51
2.3. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL FACULTATIVO ESPECIALISTA EN EL SISTEMA ARAGONES DE SALUD	67
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA, WEBGRAFIA Y REFERENCIAS NORMATIVAS.....	86

INTRODUCCION

El objeto de este trabajo es evidenciar, tras un análisis crítico de las relaciones laborales del personal facultativo en los Servicios Públicos de Salud, la inadecuada utilización del régimen retributivo para resolver la relación de agencia del mismo respecto de la administración sanitaria. Concluiremos con algunas propuestas de modificación de dicho régimen retributivo en aras de potenciar la implicación de los profesionales médicos con la consecución de los objetivos de la organización para la que prestan servicio.

En su relación, como agente y principal, se puede afirmar que es la administración, en su papel de "principal", la que toma las decisiones y planifica la actividad, utilizando a tal fin los instrumentos que le da el derecho administrativo. Entendemos, que en el caso de los médicos esta relación no existe, dado que prevalece su responsabilidad individual y su decisión final, con respecto a la asistencia prestada.

Planteamos la definición de servicio público y la responsabilidad de los poderes públicos respecto a la prestación de los servicios sanitarios, introduciendo los conceptos de separación de provisión y financiación de los servicios y el "outsourcing" con sus límites para no desnaturalizar la condición pública del servicio.

El trabajo consta de una primera parte expositiva de las relaciones de agencia del profesional médico como protagonista de la microgestión sanitaria, de su capacidad de influir en las decisiones de macro y mesogestión a través del corporativismo asociacionista y de las medidas de mejora de la eficiencia desde los cambios organizativos auspiciados por las reformas normativas en el ámbito de la administración sanitaria.

En la segunda parte analizaremos el sistema de relaciones laborales del personal estatutario de los servicios públicos de salud, regulado por el Estatuto Marco aprobado por Ley 55/2003 de 16 de Diciembre y, en especial, el régimen retributivo y de incompatibilidades, para continuar con el análisis del régimen retributivo en el Servicio Aragonés de Salud y concluyendo con un estudio estadístico de las retribuciones del personal médico de un hospital público del Sistema Aragonés de Salud a fin de evidenciar su adecuación (o inadecuación) a la relación de agencia antes enunciada.

Terminaremos con unas conclusiones y una propuesta de un nuevo sistema de relaciones laborales para este colectivo.

PARTE PRIMERA

1.1. LA RELACION DE AGENCIA EN EL PROFESIONAL SANITARIO

Existe relación de agencia cuando un individuo, llamado principal, delega en otro, que denominamos agente, la realización de una actividad en beneficio del primero, a cambio de una remuneración y de cierta capacidad autónoma de decisión. Por esta razón para identificar las causas de ineficiencia en la gestión pública es necesario examinar las relaciones de agencia que se dan de forma superpuesta entre los distintos niveles de la gestión pública: ciudadanos-parlamentarios-gobierno-agencias-empleados públicos (Girela Molina, 2003)¹.

Esta relación nos daría una asimetría en la información, puesto que el usuario o consumidor de servicios sanitarios, por lo general, desconoce de una enfermedad: en qué se basa el pronóstico, la diagnosis y el tratamiento adecuado. En cambio, el personal sanitario, es poseedor de los conocimientos y de toda esta información.

Este es el motivo por el que, tal como dice Bellon Saameño (2006)² el usuario o consumidor de servicios delega en el agente las decisiones que se han de tomar con respecto a su enfermedad. En este caso y siempre que el profesional de la salud intente maximizar la salud de su paciente permitiendo, en base a tener al usuario perfectamente informado, que éste pudiera adoptar sus propias decisiones, estaríamos planteando un sistema basado en la confianza, útil a los ciudadanos y económicamente eficiente.

Este planteamiento debiera ser básico y, además, el profesional sanitario, en base a maximizar la utilidad de los recursos de que dispone, debería optar por prescribir los medicamentos y utilizar los dispositivos

¹ Girela Molina, B. (2003). *Asociación Andaluza de Inspección de Servicios Sanitarios*. Recuperado el 05 de 2012, de www.aaiss.com/_documentos/premiobraulio.doc

² Bellon Saameño, J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones. *Atención Primaria*(38), 293-298.

(marcapasos y prótesis en general, catéteres, etc.) más costo-efectivos, aumentar la calidad de las visitas, reduciendo con ello su repetición y permitiendo así que nuevos usuarios pudiesen acceder al servicio y ajustar sus decisiones terapéuticas (indicaciones quirúrgicas, por ejemplo) a criterios de eficiencia.

La realidad, en un porcentaje bastante alto, es bien distinta. El profesional incorpora a sus decisiones determinadas variables, que benefician a el (directa o indirectamente) y no siempre al paciente. En definitiva, se origina una relación imperfecta en base a una asimetría de información entre médico y paciente que le impide a este último ejercer su derecho de elección.

En este caso no se estaría intentando maximizar la utilidad del usuario, puesto que primarían los intereses económicos del agente. Si estuviésemos hablando de sanidad privada en la que se paga por acto médico, una repetición innecesaria de visitas médicas o una indicación inadecuada de pruebas diagnósticas supondría un beneficio para el médico y un quebranto económico para el paciente. En la sanidad pública supone, en todo caso, un perjuicio económico para la administración sanitaria y un perjuicio social para los ciudadanos (pacientes), todo ello además del posible interés económico, directo o indirecto, que pueda tener el profesional médico.

Esto nos lleva a plantear hasta qué punto la demanda asistencial es real o está inducida por los propios profesionales médicos.

Desde un punto de vista económico de la salud, se consideraría una demanda inducida, la parte de la demanda, que se inicia por el proveedor de servicios de salud, que está por encima de lo que el usuario hubiera estado dispuesto a realizar o asumir, en el caso que hubiera dispuesto de información completa, bien sea por conocimientos prácticos o por habérselo indicado el profesional.

Esto quiere decir, que en el caso de que los profesionales promovieran sus propios intereses, recomendarían acciones y cuidados que en el caso de una relación de agencia perfecta, no se hubieran producido.

Podemos diferenciar entre visitas médicas producidas a demanda del paciente y aquellas (las denominadas "sucesivas") generadas a propuesta del médico con la finalidad de alcanzar el diagnóstico e implementar el tratamiento correspondiente. Una organización eficaz del trabajo tiende a eliminar la repetición de las visitas, reduciéndose los costes y aumentando la satisfacción del usuario. No obstante cuando el médico puede obtener un beneficio de la repetición de visitas, bien porque recibe una prima por volumen de actividad, bien porque la demanda no atendida puede llevarle a obtener ingresos adicionales en términos de retribución por la realización de jornadas extraordinarias, la relación de agencia del médico produce ineficiencia en el sistema.

Todo esto, tiene una clara correlación con el número de médicos por habitante. A mayor demanda inducida el número de profesionales necesario o el número de horas de trabajo por profesional será mayor. Es decir, el profesional médico con sus decisiones puede influir en la demanda de trabajo que le corresponde al principal.

No cabe duda que la frecuencia de visitas a los profesionales sanitarios no está ligada a un mayor beneficio en la salud de los usuarios. Esto es fácil de entender si asumimos que el proveedor puede generar visitas desde una relación de agencia imperfecta, es decir, podría inducir una serie de visitas pensando más en sus propios intereses que en los del paciente. A buen seguro en la mayor parte de las ocasiones los profesionales médicos actúen de manera eficiente, teniendo presente la utilidad del paciente por encima de la suya propia. Sin embargo el régimen de retribuciones y empleo del médico en

el sistema sanitario público favorece en lugar de dificultar una relación de agencia imperfecta.

Las guías de práctica clínica están llenas de indicaciones de frecuencia de visitas y controles; sin embargo la mayoría de este tipo de recomendaciones se basa exclusivamente en la opinión de los expertos que, como todos sabemos, es el peor grado de evidencia científica de que podemos disponer.

Es posible que los expertos manifiesten cierta tendencia a recomendar visitas y controles en exceso. Seguramente, esta tendencia se manifieste porque prefieren equivocarse por exceso que por defecto (medicina defensiva). Esta actitud podría parecer prudente, pero desgraciadamente también genera una demanda inducida por el proveedor que, además de no producir más salud, puede añadir efectos secundarios: aumento de los costes, saturación de las consultas, problemas de accesibilidad, escasez de tiempo por paciente, desigualdades en la atención, etc.

1.2. REFORMAS ORGANIZATIVAS PARA ALCANZAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA.

Es incuestionable el papel jugado por el Sistema Nacional de Salud en el Estado de Bienestar español. A pesar de las múltiples críticas que pesan sobre él nadie puede discutir los excelentes resultados obtenidos con un gasto razonablemente reducido, especialmente si lo valoramos en términos de porcentaje de gasto sobre el PIB y lo ponemos en relación con el de otros países de nuestro entorno. Así y según fuentes de la OCDE, el gasto sanitario total en sanidad (público y privado) en 2.010 alcanzó el 9,5 % del PIB, frente al 11,9 % de Francia o Países Bajos, el 11 % de Austria o el 11,6 de Alemania. La cifra alcanzada era muy similar a la del Reino Unido (9,6 %) aunque los resultados de uno y otros sistemas en cuanto a satisfacción de la población no pueden compararse (a favor de España, por supuesto). Y como referencia de un sistema de provisión mayoritariamente privada, Estados Unidos alcanzó un 17,9 % del PIB.

No obstante el esfuerzo que, en términos absolutos, supone para la Administración mantener el sistema público de salud y la tendencia creciente del gasto sanitario con un crecimiento en los últimos diez años de 2,3 puntos desde el 7,2 % sobre el PIB con que se cerró el 2001, requiere de cambios institucionales y organizativos que hagan posible su mantenimiento y mejora a lo largo del tiempo.

Estos cambios se han enfocado hacia una progresiva pseudo privatización de la gestión, introduciendo modelos propios de la gestión privada dentro del sistema público. Con ello se pretende paliar el efecto de agencia del modelo burocrático, corresponsabilizando a los actores – agentes del resultado de la gestión.

Tal como indica Oxley, (1993)³ “desde el punto de vista del principal, la supervisión de estrategias de los agentes, la imposición de procedimientos y normas de desempeño y el uso de indicadores de actividad, de objetivos de output y de incentivos retributivos; tendría que añadirse la competencia entre agentes adecuadamente diseñada, y regulando el número y la interdependencia entre principales para reducir los costes de agencia ligados a las políticas públicas”

Esa es una de las razones, a nuestro entender, de la implantación del gerencialismo y de los sistemas de cuasi-mercados en la gestión directa de los Servicios Sanitarios,

A continuación y siguiendo a Martín Martín (2003)⁴ expondremos los distintos modelos de gestión desarrollados, desde el gerencialismo hasta los modelos de gestión indirecta, pasando por los nuevos modelos públicos de gestión sanitaria.

1.2.1. EL GERENCIALISMO, LOS CUASIMERCADOS Y LA PRIVATIZACIÓN.

Los sistemas sanitarios europeos, y el español en particular, han participado en el auge de las reformas en la gestión pública que han acontecido durante la última década del siglo XX. Tres grandes estrategias de reforma en la gestión pública pueden señalarse: el gerencialismo, la introducción de mecanismos de cuasi-mercados y la privatización. Las tres pueden verse como formas alternativas de trasladar la capacidad de decisión hacia los agentes con mayor potencial de logro de la eficiencia.

³ Oxley, H. (1993). *El Sector Público en los 80 y experimentos de política pública para los 90*. Fundación BBV.

⁴ Martín Martín, J. (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas.

Los modelos gerenciales suponen la importación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario. Durante las dos últimas décadas, el discurso gerencial ha dominado las estrategias de cambio del SNS español.

Tanto el extinto INSALUD como el resto de Servicios Regionales de Salud (SRS) han desarrollado estrategias en este sentido, concretándose, en la práctica, en el desarrollo de los contratos-programa o contratos de gestión, el desarrollo de sistemas de información sobre actividad y costes, la elaboración de planes estratégicos en el ámbito corporativo y de centro sanitario, y el desarrollo de la gestión clínica.

Los cuasi-mercados comprenden una amplia gama de mecanismos que pretenden emular el funcionamiento del mercado, transformando de forma más o menos radical las grandes burocracias públicas que tradicionalmente han realizado las funciones de producción y distribución de buena parte de los servicios públicos que caracterizan a los Estados del Bienestar modernos.

La privatización completa implicaría en sanidad la creación de mercados de aseguradoras privadas con fines de lucro. La competencia entre aseguradoras privadas plantea problemas de eficiencia y equidad. Puede aumentar de forma notable los costes de transacción, regulación y control, generar selección de riesgos por parte de la aseguradora y permite trasladar a primas la ineficiencia del sistema.

La estrategia desarrollada en el SNS español, ha sido descentralizar la producción para favorecer la competencia entre los proveedores, que asumen riesgos en su gestión. Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical que caracteriza a los SRS en el Estado Español y se ha concretado en tres procesos de reforma paralelos:

- La introducción de contratos programa y contratos de gestión, tanto en el antiguo INSALUD como en los SRS, unido al desarrollo al menos formal de la gestión clínica y la gestión de procesos.
- La personificación jurídica de hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas, fundamentalmente entes públicos, fundaciones públicas y consorcios.
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) como son la contratación con entidades de base asociativa de Cataluña o las experiencias de concesión administrativa en la Comunidad Valenciana.

El objetivo de estas reformas es mejorar la eficiencia sin afectar a los niveles de equidad que caracterizan un Sistema Nacional de Salud.

1.2.2. GESTION DIRECTA VS GESTION INDIRECTA

A) La gestión directa.

Las propuestas gerencialistas y de cuasi-mercados tienen su primera plasmación política en el Informe Abril (1991), que propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el Derecho Privado y fuera, por tanto, del ámbito del Derecho Administrativo.

Desde entonces, los distintos responsables políticos, tanto del antiguo INSALUD como de otros SRS con transferencias, han desarrollado estas estrategias mediante diversas políticas combinadas que pueden agruparse básicamente en las tres mencionadas anteriormente: la aplicación de instrumentos gerenciales (sistemas de información sobre actividad y costes,

gestión clínica, incentivos monetarios, planes estratégicos a nivel corporativo y de centros, etc.) articulados en torno a los contratos-programa o contratos de gestión en las burocracias públicas del antiguo INSALUD y otros SRS, la personificación jurídica de algunos centros sanitarios, y la gestión indirecta con proveedores lucrativos o no lucrativos, lo que ha significado en el Sistema Nacional de Salud una auténtica eclosión de formas jurídico organizativas diferentes de las burocracias públicas tradicionales, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas.

En el ámbito específico del sector sanitario el contrato-programa o contrato de gestión puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta. Por el contrario, la gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración Pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos en el TRLCAP, o en la LGS.

B) Las nuevas fórmulas de gestión directa del Sistema Nacional de Salud

La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud sancionó legislativamente a nivel estatal, dada su condición de legislación básica, esta estrategia de innovación organizativa, acabando con el potencial conflicto que pudiera suponer con la opción organizativa establecida en la LGS, esta Ley, no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de

la asistencia. También recoge explícitamente la gestión indirecta de servicios remitiéndose a la LGS.

En el ámbito concreto del INSALUD, el desarrollo legislativo de dicha Ley fue paralelo con el Plan Estratégico del organismo, que aspiró formalmente a la personificación jurídica propia de sus centros sanitarios, aunque salvaguardando los derechos adquiridos por sus trabajadores y renunciando en principio a la laboralización de los mismos.

El Plan Estratégico del INSALUD persiguió un proceso individualizado de personificación jurídica, en el que cada hospital debía elaborar su propio plan estratégico y ser homologado y acreditado para convertirse en Fundación Pública Sanitaria (FPS), o excepcionalmente en consorcio, de acuerdo con lo fijado en el R.D. 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (RDNFG).

La Ley 15/1997 (BOE num. 100, de 26 de de abril de 1997) fue el resultado de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-ley 10/1996, (BOE num. 147, de 18 de junio y num. 149, de 20 de junio). "...la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública permitidas en Derecho". "La prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas y privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad."

Las experiencias de personificación jurídica de las organizaciones sanitarias se siguen realizando en los diferentes SRS, siendo previsible en este sentido un mayor grado de fraccionamiento y de diversidad de las distintas

experiencias, lo que si bien puede favorecer el análisis por comparación y la exportación de las experiencias más eficientes, también puede por contra hacer más opaco y complejo el funcionamiento de los servicios sanitarios. A continuación se analizan sucintamente las principales fórmulas de gestión directa, concretamente los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios.

❖ Los entes de derecho público, se definen como organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creadas para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad. Este tipo de gestión pública directa ha sido derogado por la LOFAGE en el ámbito de la Administración General del Estado, pero sigue en vigor en las CCAA.

La regulación de los entes de derecho público se establece básicamente en su Ley de creación, lo que le otorga una enorme plasticidad como instrumento al servicio de los responsables políticos sanitarios. Los recursos humanos están sometidos en general al derecho privado laboral, aunque podrá aplicarse el régimen funcionarial, o incluso el estatutario, si así lo establece su Ley de creación.

En relación con la gestión de recursos materiales y contratación de bienes y servicios, a diferencia de la situación tradicional en la que era plenamente aplicable el régimen mercantil, en el momento actual deben someter todo su régimen de contratación de bienes y servicios al TRLCAP.

En el ámbito de la gestión financiera y presupuestaria no están sometidos al régimen presupuestario de la Administración Pública, sino a un programa de actuación, inversión y financiación. El régimen de control realizado por la intervención es el de auditoria.

Históricamente surgen como una estrategia organizativa para romper la rigidez jurídica que establecía la LEEA de 26 de diciembre de 1958, que sólo contemplaba la sociedad mercantil pública denominada empresa nacional y los OAA sujetos a estrictos controles presupuestarios, de contratación administrativa y de intervención del gasto. A partir de experiencias singulares como las del Banco de España (1962) o RENFE (1964), la LGP de 1977 los define formalmente.

Su importancia en el ámbito sanitario, ha sido creciente en el Estado Español en los últimos años, siendo utilizada por los diferentes responsables políticos de las CCAA al servicio de objetivos estratégicos distintos. Así, en Cataluña, la Ley 15/90 de Ordenación Sanitaria define el SCS como un EP responsable de la ordenación y regulación de los servicios sanitarios, asumiendo por tanto las funciones de aseguramiento, compra y contratación de servicios.

En el País Vasco, la Ley 8/1997, de 26 de junio de Ordenación Sanitaria (BO. Del País Vasco num. 138, de 21 de julio de 1997) transformó el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en su totalidad en un EP, subrogándose todos los derechos y obligaciones del OAA que se extingue. En el ámbito laboral, se optó por la creación y desarrollo de un Régimen Estatutario Vasco específico, propiciando la unificación de los regímenes contractuales de los profesionales, mediante ofertas voluntarias de integración en dicho régimen.

Mientras no se desarrolle este marco laboral específico los profesionales mantendrán su actual regulación. Las funciones de aseguramiento y de contratación de servicios sanitarios se las reserva la administración Pública, que las ejecutará a través del contrato-programa que adquiere la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial.

Por su parte en Andalucía, la creación de entes de derecho público como el Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente o el de Andújar ha buscado ante todo la obtención de mayores grados de libertad en la gestión y la posibilidad de desarrollo de políticas laborales y retributivas específicas en los centros sanitarios con el objetivo de obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.

El personal estatutario que decida incorporarse a estos entes de derecho público andaluces tiene un período de tres años en situación de excedencia especial en activo, durante el cual puede volver a su puesto de origen. Pasado este período, su situación con respecto a la plaza de estatutario es la de excedencia voluntaria por incompatibilidad (art. 60 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía).

En estos hospitales, con personificación jurídica propia de entes de derecho público, el régimen laboral supone una mayor flexibilidad en las políticas de personal particularmente las retributivas con un componente importante de incentivos. El sistema retributivo está compuesto por un componente fijo, referido a la categoría profesional, y por otros factores variables, puesto de trabajo que ocupe y cumplimiento de objetivos individuales y en grupo.

❖ Los Consortios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversos EP de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas.

La regulación de los Consortios es mínima, suponiendo de hecho la figura del consorcio una simple cobertura formal, que admite los más

variados contenidos. Los contenidos del Estatuto de cada consorcio son los que definirán en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable, tanto en lo relativo a sus órganos de dirección como en lo referente a la gestión de recursos.

El Consorcio puede utilizar cualquier forma de gestión de servicios, sustituyendo a los entes consorciados: la gestión directa, la creación de entes jurídicos instrumentales pero con personalidad propia, la creación de empresas mercantiles o la adjudicación del servicio a un concesionario o arrendatario.

Sin duda, la CA que más ha utilizado esta figura jurídica es Cataluña, donde se han llevado a la práctica numerosos proyectos. La existencia de numerosos centros sanitarios con titularidad de las corporaciones locales ha favorecido este proceso, potenciado asimismo por la regulación establecida en Ley Orgánica de Ordenación Sanitaria Catalana (LOSC). En la mayor parte de los supuestos, la Generalitat de Cataluña ha aportado las inversiones y la financiación ordinaria mediante la compra de servicios.

Un ejemplo particular es el Consorcio Sanitario de Barcelona, creado en 1988, integrado por la Generalitat y el Ayuntamiento de Barcelona. La Ley 13/1995 le agregó a sus funciones tradicionales de dirección y coordinación de la gestión de los centros sanitarios y socio-sanitarios de la ciudad de Barcelona, las funciones, previstas para las regiones sanitarias, de planificación y contratación.

Asimismo se adscribió el Consorcio al SCS estableciendo la reserva de una representación de la Generalitat en la Junta General del mismo no inferior al 51%. En los consorcios, las partes contractuales retienen tanto la titularidad como los derechos residuales de control sobre sus activos siendo frecuente que las relaciones entre ellas sean simétricas independientemente de la cantidad total de activos aportados por cada una de las partes.

❖ Las fundaciones públicas sanitarias, son organizaciones dotadas de personalidad jurídica y constituida sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general. Se rigen fundamentalmente por la Ley 50/2002, de 26 de diciembre de Fundaciones (BOE num.310 de 27 de diciembre de 2002), y por la Ley 49/2002, de 23 de diciembre de Régimen Fiscal de la Entidades sin Fines Lucrativos y de los Incentivos Fiscales a al Mecenazgo (BOE num. 307, de 24 de diciembre del 2002).

La reciente Ley de Fundaciones de 26 de diciembre de 2002, define como fundaciones del sector público estatal aquellas en las que concurren alguna de estas dos circunstancias: a) que se constituyan con una aportación mayoritaria, directa o indirecta, de la Administración General del Estado, sus organismos públicos o demás entidades del sector público estatal y b) que su patrimonio fundacional, con un carácter de permanencia, esté formado en más de 50% por bienes o derechos aportados o cedidos por las referidas entidades (Disposición final segunda).

La disposición adicional cuarta de esta ley establece que las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, seguirán rigiéndose por su normativa específica, aplicándoseles los preceptos del capítulo XI (fundaciones del sector público estatal) con carácter supletorio.

En los estatutos de cada fundación se establecen sus fines, las reglas básicas de funcionamiento, así como los órganos de gobierno y representación. El órgano de gobierno de la fundación es el Patronato. La función de control de las fundaciones es ejercida por el Protectorado, misión

que en el ámbito sanitario corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo. En términos generales les es de aplicación el derecho privado.

Así, la gestión de recursos humanos está sometida al régimen laboral, mientras que para la contratación de obras, bienes y servicios, no les es de aplicación ni el TRLCAP, ni la legislación mercantil, sino las normas de derecho civil, dado su carácter no lucrativo.

En relación con la gestión recursos financieros, las fundaciones se rigen por normas de derecho privado con las especificidades establecidas por su legislación específica. Al menos un 70% de los ingresos obtenidos deben dedicarse a los fines fundacionales, el resto, una vez deducidos los gastos de administración y gestión, deben dedicarse a aumentar la dotación fundacional. Esta forma jurídica se aplicó de forma experimental en Galicia para la gestión de hospitales públicos a partir de la experiencia piloto de la Fundación Hospital Verín.

La culminación del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA deja un panorama muy diferente de contratación externa o gestión indirecta de servicios sanitarios en los SRS. Destaca Cataluña que, siguiendo una larga tradición de concertación, destinó durante el 2002 un 39% del presupuesto sanitario público a dotaciones para conciertos, del que un 84% corresponde a atención especializada, y un 16% a atención primaria.

En las entidades de base asociativas, Cataluña ha sido pionera en la contratación y gestión indirecta de servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS. En 1991 dos entidades ajenas al ICS, la Mutua de Tarrasa y SAGESA, iniciaron el proceso asumiendo contractualmente la atención primaria en tres áreas básicas de salud. La Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria (DO. Generalitat de Catalunya núm. 1324, de 30 de julio de 1990), modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre amplió la

posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios.

Estas entidades de base asociativa deben contar con la correspondiente acreditación, que se otorgará previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 309/1997 (DO Generalitat de Catalunya num. 2537, de 16 de diciembre de 1997) y que comportará para los profesionales sanitarios, que constituyan las referidas entidades y presten servicios en ellas, gozar de las ventajas previstas, siempre y cuando las respectivas entidades formalicen con el SCS un contrato de gestión.

Las entidades de base asociativa deben gozar de personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente según la fórmula jurídica adoptada: Sociedad Anónima (SA), Sociedad de Responsabilidad Limitada (SL), Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ésta sus servicios, para lo que deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios. Ninguno de estos profesionales puede tener una participación superior al 25% del capital social. El 49% restante puede estar en otras personas físicas o jurídicas. En el caso de personas jurídicas, éstas han de tener como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios.

En cuanto a la distribución de acciones, cada socio podrá tener una participación no superior al 25% del Capital Social (el cual no determinará el salario del mismo). En los estatutos de las entidades se debe prever el régimen de transmisión de acciones y participaciones, de manera que se garantice la no alteración de los porcentajes antes citados.

Acceder a la provisión de servicios por parte de las sociedades de profesionales supone un proceso que consta de una serie de etapas:

- 1ª- Constituir una entidad de profesionales de base asociativa.
- 2ª- Diseñar un proyecto de gestión de servicios sanitarios.
- 3ª- Optar a la adjudicación del servicio, mediante un concurso público.
- 4ª- Desarrollar el proyecto y ofrecer los servicios contratados.
- 5ª- Estar sujeta a los mecanismos de control y auditoria establecidos por el SCS.

Para incorporarse a éste u otros proyectos similares se facilita la salida del personal estatutario y funcionario, mediante una excedencia por incompatibilidad, durante un periodo máximo de tres años, con la posibilidad de solicitar una excedencia voluntaria al final de dicho período.

Cada profesional es responsable de un número determinado de pacientes, siendo parte de su retribución proporcional al número de pacientes asignados, con una media de trabajo asistencial de 5 h.

La relación existente entre las sociedades de profesionales y el SCS es de carácter contractual, y en el contrato se especifican los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades. Se financian de forma capitativa con fondos procedentes del SCS y del ICS. El incremento interanual de las tarifas per cápita se vincula al incremento del IPC.

Para la compra de productos intermedios y de consultas externas especializadas se disponen de fondos. Las entidades de base asociativa pueden negociar con el SCS distintos niveles de corresponsabilidad farmacéutica que oscilan entre el 20% y el 100%, generando un poderoso incentivo hacia las políticas de ahorro y contención de costes. Todo lo que se ahorra en gasto

farmacéutico son ingresos para estas sociedades de profesionales y simultáneamente, los incrementos de gasto farmacéutico sobre el estándar pactado son pérdidas.

Otras vías de financiación son las procedentes de acuerdos de laboratorios, además de su capacidad de endeudamiento como empresa.

El desarrollo de las estrategias gerencialistas de las que hablábamos al principio, se ha visto limitado por las normas presupuestarias, de contratación de bienes y servicios, de regulación del personal, y por un sistema retributivo fuertemente desmotivador. No obstante, existe alguna evidencia empírica sobre las mejoras en la eficiencia proporcionadas por los contratos programa de los hospitales del INSALUD a principios de los 90, aunque también se han identificado efectos ratchet o "trinquete" en la fijación interanual de objetivos, es decir un proceso dinámico de sobreestimación de objetivos por parte de los niveles centrales.

El proceso de generalización de las transferencias sanitarias acaecido en el año 2002, ha generalizado asimismo el modelo burocrático de producción de servicios a la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas (CCAA). Algunas de las consecuencias iniciales de este acelerado proceso están resultando preocupantes, en particular, los acuerdos laborales y retributivos suscritos por las diferentes CCAA.

En este sentido preocupa comprobar cómo se ha consolidado el modelo retributivo anterior caracterizado por la inexistencia, bien de incentivos a corto plazo significativos, vinculados a la obtención de resultados de coste y calidad (productividad variable), bien de incentivos a largo plazo vinculados a la obtención de habilidades técnicas o científicas establecidas de forma objetiva (carrera profesional).

Tampoco se ha abordado en la mayoría de los acuerdos una reforma en profundidad de la actual regulación del complemento específico, orientado a la dedicación exclusiva de los facultativos, o al menos de los responsables clínicos. Existe el riesgo de generar una dinámica inflacionaria en el mayor componente del gasto público sanitario.

Frente a estas reformas gerencialistas que no implican cambios en la personalidad jurídica de las organizaciones sanitarias, las nuevas fórmulas de gestión directa, pretenden un cambio más en profundidad, que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios y dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos.

La evidencia empírica sobre la eficiencia de estas reformas jurídicas para mejorar la eficiencia no es concluyente y resulta parcial. Aun suponiendo que las nuevas fórmulas de gestión directa supongan en la práctica una sustancial mejora de eficiencia sin alterar los niveles de equidad, queda el problema del mantenimiento en términos dinámicos de estos niveles de eficiencia. Algunos estudios señalan la pérdida progresiva de autonomía y por tanto de algunas de las más importantes ventajas competitivas que se le suponen a estas fórmulas innovadoras de gestión directa.

El establecimiento y crecimiento de estas nuevas fórmulas de gestión, realizadas formalmente bajo el paraguas conceptual de la competencia pública y los mercados internos, en la práctica no ha conllevado desarrollos institucionales que pudieran promover algún tipo de competencia regulada.

A mayor abundamiento, la separación legal y formal entre financiador y proveedor que supone la personificación jurídica de los centros sanitarios es muy limitada, dado que, tanto el financiador y regulador como el propietario de

estas nuevas fórmulas de gestión es el mismo: los responsables políticos sanitarios.

Estas dificultades para una separación efectiva entre financiador y proveedores sanitarios (las nuevas fórmulas de gestión) implican la posibilidad de transferir las ineficiencias de estas organizaciones sanitarias al financiador público en términos de mayor gasto y déficit, impidiendo un cierto traslado efectivo de riesgos.

C) La gestión indirecta. El proceso de privatización de la sanidad.

Las fórmulas de gestión indirectas implican la participación en la producción de servicios del sector privado, las más importantes como se ha mencionado son las formulas de concesión administrativa puestas en funcionamiento por la Comunidad Valenciana o Madrileña y las entidades de base asociativa que se están impulsando en Cataluña.

La formula de la concesión administrativa permite contar con el apoyo del sector privado para la financiación de las infraestructuras de los centros sanitarios. No existe sin embargo evidencia suficiente de que el coste a medio y largo plazo sea menor. De hecho si nos remitimos a los resultados sobre el presupuesto de la Comunidad Autónoma Valenciana es más que cuestionable la defensa del sistema. No obstante la fórmula contractual de colaboración público-privada que permite a la administración contratante asumir cuantiosas inversiones, como la construcción de nuevos hospitales, sin esfuerzo financiero inmediato y sin que las obligaciones contraídas figuren en balances como deuda, fomentan la proliferación de estos modelos de gestión.

Existe por el contrario, el peligro de que el concesionario adquiriera una posición monopolística, anulando los potenciales beneficios del modelo. En relación con estas experiencias faltan estudios empíricos que permitan acreditar la bondad o ineficiencia del modelo.

Observamos como, en definitiva, se ha trabajado especialmente en crear un marco normativo flexible que permita acometer mejoras en el ámbito de la mesogestión (gestión de centros – proveedores). Sin embargo existen algunas características de la organización sanitaria que se deben resaltar:

❖ Aplicación muy atenuada de la regla de oro del control interno: En un proceso decisorio hay cuatro fases: una primera de recogida de información y formulación de alternativas (inteligencia), una segunda de elección de la alternativa (elección), una tercera de implantación de la alternativa escogida (implantación) y una cuarta que es la monitorización de los efectos. A las fases primera y tercera se les denomina gestión de la decisión y a la segunda y cuarta se les denomina control de la decisión. Habitualmente el control de la decisión recae en persona distinta a la que gestiona la decisión en trabajos por cuenta ajena. En las organizaciones sanitarias apenas existe la separación entre gestión de la decisión y control de la decisión; esa separación ha de producirse siempre que quien toma las decisiones no soporta plenamente las consecuencias de las mismas, que es el supuesto habitual en el ejercicio profesional por cuenta ajena.

❖ Importancia de las normas clínicas como institución: Las normas clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia. Las decisiones profesionales vienen influidas por el Estado, el mercado y las normas clínicas.

❖ Necesidad de una coordinación muy intensa: La calidad de un sistema sanitario no se consigue sumando calidades de los centros sino que funciona tanto mejor cuánto más sentido común tiene la política y más integrados están sus componentes.

❖ Ausencia de soluciones fáciles para los problemas de incentivación.

❖ Transacciones sanitarias caracterizadas por la concurrencia de beneficios colectivos y beneficios individuales: En toda transacción en que se dé esa concurrencia tendría interés distribuir los derechos residuales de control (decidir sobre lo que puede dirimirse según contrato, ley o costumbre. En el dominio público (privado) puro los derechos residuales de control son públicos (privados) como la propiedad.

Como vemos los problemas organizativos clave en Sanidad se localizan más en la política o macro-gestión sanitaria y en la gestión clínica o micro-gestión sanitaria, que en la gestión de centros. En las organizaciones sanitarias macro privan los problemas de coordinación y gestión pública, con sus limitaciones y la necesaria distinción entre sanidad como responsabilidad pública y sanidad como parte de la de la Administración Pública. En la organización meso, tienen importancia las formas intermedias entre lo público puro y lo privado puro, como las organizaciones sin finalidad lucrativa o las cooperativas de profesionales pero más como un instrumento para alcanzar un fin que como fin en si mismos.

El avance en la descentralización responsable de las organizaciones burocráticas, que son las de mayor prevalencia en el sector sanitario español, pasan por mejorar la medida la medida del desempeño clínico, tarea simultánea de investigadores y gestores. Es allí, precisamente, donde se manifiestan las relaciones de agencia del personal sanitario y del médico en especial.

1.3. EL CORPORATIVISMO MEDICO Y LA CAPACIDAD DE INFLUIR EN LA POLÍTICA SANITARIA.

Con la institucionalización del quehacer médico, los médicos consiguieron el control de su actividad para defender sus intereses, principalmente evitar el intrusismo y limitar el ejercicio en una villa o ciudad. Este fue el origen de las primeras cofradías: congregaciones de médicos y cirujanos de origen medieval, con carácter corporativo, que pueden considerarse el precedente más remoto de los Colegios profesionales.

Como antecedentes al nacimiento en España de los Colegios de Médicos como tales, tenemos en el siglo XIX la aparición de las asociaciones médico-farmacéuticas (González Rebollo, 2002)⁵.

El origen de las asociaciones fueron las ordenaciones legales que se sitúan en los años 1832 y 1837; por medio de estas se permitía que el ejercicio médico se pudiera realizar sin nexo alguno a una institución.

En 1834 apareció "El Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia", que además de estar a favor de la separación de la Medicina y la Cirugía también propugnó el asociacionismo médico, siendo el órgano oficial de la "Sociedad de Socorros Mutuos" fundada en 1840 y con un marcado carácter corporativo.

Tras la promulgación en 1855 de la primera Ley de Sanidad y la posterior unificación de los estudios de medicina y cirugía en 1868, se creó un nuevo marco legal imprescindible para adecuar la práctica médica al nuevo modelo político y social. Aunque el asociacionismo médico en España tuvo una implantación escasa, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX fue

⁵ González Rebollo, A. M. (2002). *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. Recuperado el 05 de 2012, de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/los-colegios-medicos-en-espana-18931917--0/>

madurando entre los médicos el proyecto de los colegios médicos provinciales.

En Madrid se fundó la "Alianza de las Clases médicas" en 1856, bajo el amparo de la Ley de Sanidad promulgada en 1855, pero esta agrupación fue abolida debido a razones ideológicas.

La siguiente movilización es con la Revolución de 1868, pero tampoco se concreta el asociacionismo, es, en 1869 con la fundación de la "Junta Central de la Asociación Médico-Farmacéutica Española" cuando se puede hablar de instauración del asociacionismo médico, y su andadura abarca hasta 1874.

En 1875 coge el relevo el "Colegio Médico-Farmacéutico Español". Es, a partir de este momento y a lo largo de las décadas siguientes, cuando aparecen sucesivamente una serie de agrupaciones profesionales que llevan, antes de terminar la centuria, a la colegiación obligatoria.

En 1893 el gobierno declaraba corporación oficial el Colegio Médicos de Madrid y antes de concluir el siglo (el 12 de abril de 1898) se publicaba el Real Decreto sobre la colegiación de las clases sanitarias.

Para solucionar los problemas de ejercicio de la medicina que la política decimonónica española había generado, se emprendió la construcción de una infraestructura legal normalizada por el estado sobre la que asentar una estructura corporativa médica nacional basada en la equidad, cuya presencia formal advino con los "Estatutos para el régimen de los Colegios de Médicos" de 1898. De esta manera se llenaba el vacío sancionador, docente y corporativo que impidió la cristalización del proyecto asociativo médico en el siglo XIX, en cuya paradoja asociativa convivieron el anhelo y el fracaso corporativista.

En este Real Decreto de 1898 se recoge bajo el título "Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos", las reglas de la colegiación. Se desarrolla en nueve capítulos compuestos por un total de 73 artículos así como ocho disposiciones transitorias, a lo largo de esta reglamentación se aboga por la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio de la medicina y establece la colegiación provincial. Aquel que no esté colegiado según estas disposiciones no podrá desempeñar esta profesión.

Esta forma intransigente de ordenar la colegiación hace que sean muchas las voces que se levanten en contra. El principal cometido de los Colegios Médicos es velar por los intereses profesionales.

Si debía ser obligatoria o no la colegiación lo dirimiría el enconado debate que se inició acto seguido y duró hasta 1917.

A partir de entonces los médicos afrontaron la consecución de nuevas metas corporativas y profesionales (1917-1936), previo paso por estas tres estaciones: Fase preestatutaria (1893-1898), Fase de colegiación obligatoria (1898-1904) y Fase de colegiación voluntaria (1904-1917).

Más tarde con las disposiciones del 18 de Julio de 1937 y 18 de Enero de 1938 aparecen tres órganos de Gobierno en los Colegios, que son: El Consejo General, Consejos Provinciales y Consejos Comarcales. Es un momento de pérdida de autonomía de los Colegios, siendo manipulados por organismos políticos.

Hasta la aclamación de la Constitución Española de 1979 se suceden dos reglamentos más. Uno en 1963 por el Ministro de la Gobernación D. Camilo Alonso Vega en el que a los Colegios de Médicos se les otorga la personalidad jurídica, de gran importancia y ejercicio de sus funciones públicas. También en este reglamento se contempla que los órganos de gobierno del Colegio sean

elegidos por los propios colegiados. El otro en 1967, representa una ampliación en la independencia de los Colegios. Con la Constitución española de 1978 se reconocen como organismos oficiales a los Colegios profesionales y son encuadrados de forma plena en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional.

El profesional sanitario, debido a su progresiva agrupación en organizaciones, que detallaremos más adelante, ha generado un desarraigo con las directrices de la institución que le contrata, no se está viendo como la parte más importante del sistema de salud, se ha convertido en un mero asalariado poco comprometido, con mayor interés en ser protagonista del gasto generado que en mejorar la eficiencia del sistema.

Uno de los más graves problemas del gobierno actual del Sistema Nacional de Salud, es su propia falta de identidad o, utilizando un término de moda, la ausencia de gobernanza. La inoperancia efectiva del Consejo Interterritorial de Salud que debiera servir como moderador y nexo de unión entre las políticas sanitarias de las CC.AA. ha generado un vacío que están aprovechando las agrupaciones médicas para cuasi - gestionar y dirigir en la sombra los servicios sanitarios. No hay más que observar la actual participación en puestos directivos de la sanidad aragonesa de miembros cualificados de los distintos colegios de médicos de la Comunidad Autónoma.

Además de los Colegios Profesionales la profesión médica tiene varios órganos y entidades que se "auto-postulan" como la voz de los médicos. La adhesión o pertenencia a estos órganos es, a diferencia de los Colegios, voluntaria, si bien algunos de ellos influyen de tal forma en el desarrollo profesional del médico que podríamos dudar de dicha voluntariedad. Así nos encontramos con:

- ❖ Las sociedades científicas: Tienen un marcado carácter técnico y su autoridad está basada precisamente en la representatividad. Tienen una

enorme capacidad de liderazgo porque la propia voluntariedad de pertenencia obliga a que la gestión esté determinada por la aportación de conocimientos, la organización y por su representatividad. Su legitimidad está fuera de toda duda y son una referencia no solo para los médicos, también para la sociedad.

❖ Los sindicatos médicos: El valor de representación de un sindicato está en los afiliados que tiene. El objetivo es defender los intereses de los afiliados y los logros conseguidos deben ser válidos para todo el colectivo y no exclusivamente para los afiliados. Tienen un marcado carácter reivindicativo y su posicionamiento tiene, en muchas ocasiones, un posicionamiento político fruto de los acuerdos que les permiten subsistir. Los liberados sindicales no están bien vistos por los trabajadores.

❖ Las asociaciones médicas: Son grupos de médicos que se unen para actividades concretas referidas a sus propios puestos de trabajo, sus estudios científicos o sus intereses personales. La identificación de los médicos con las asociaciones a las que pertenece es muy alta.

PARTE SEGUNDA

2.1. EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Ley 55/2003, de 16 de diciembre (BOE nº 301, de 17 de diciembre)

El Estatuto Marco, al tenor de lo dispuesto en su artículo primero, “tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto-Marco de dicho personal”.

El ámbito de aplicación de esta norma se extiende, según su artículo segundo, “al personal estatutario que desempeña su función en los Centros e Instituciones Sanitarias de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o en los Centros y Servicios Sanitarios de la Administración General del Estado”.

Igualmente prevé la Ley su aplicación “al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los Centros del Sistema Nacional de Salud gestionados directamente por entidades creadas por las distintas Comunidades Autónomas para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del Insalud, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los Convenios Colectivos aplicables al personal laboral de cada Comunidad Autónoma”.

Del mismo modo que extiende al personal estatutario la aplicación, con carácter supletorio (“en lo no previsto en esta Ley, en las normas a que se refiere el artículo siguiente, o en los Pactos o Acuerdos regulados en el Capítulo XIV”), las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.

Queda por tanto clara, de un lado, la condición funcional especial del personal estatutario al servicio del Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, el carácter administrativo de dicha relación, así como su

regulación específica mediante este Estatuto y distinta de la legislación en materia de funcionarios, que se aplicará, en todo caso, con carácter supletorio.

Y todo ello porque, como indica la exposición de motivos que precede a esta norma, "la conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud".

Este reconocimiento de la especialidad del personal estatutario tiene orígenes históricos, tal como expresa el Estatuto en su exposición de motivos:

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica (Garcia y Ninet, 2007)⁶. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión "personal estatutario" que deriva directamente de la denominación de los tres Estatutos de Personal -el Estatuto de Personal Médico, el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo y el Estatuto de Personal no Sanitario- de tales Centros e Instituciones.

La necesidad de mantener una regulación especial para el personal de los servicios sanitarios ha sido apreciada, y reiteradamente declarada, por las normas reguladoras del personal de los servicios públicos. Así, la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, mantuvo vigente en su totalidad el régimen estatutario de este personal, determinando, en su Disposición Transitoria Cuarta, que sería objeto de una legislación especial.

⁶ Garcia y Ninet, J. I. (2007). Antecedentes o precedentes del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. *Derecho y Salud*.

Asimismo, la Ley General de Sanidad, en su artículo 84 estableció que un Estatuto-Marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los Servicios de Salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

Tal como indica Baeza Gómez⁷, la aprobación del actual Estatuto Marco, trae causa, no ya solo de las previsiones contenidas en la Constitución (art. 149.1.18^a), o en la Ley General de Sanidad, sino en el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de la Seguridad Social, de 18 de diciembre de 1997, tal y como se hace referencia en la propia exposición de motivos del Estatuto. Por su capacidad ilustrativa sobre el tipo de relaciones laborales que se pretenden con este Estatuto, cabe transcribir el noveno párrafo del apartado segundo de su exposición de motivos:

“El propio Congreso de los Diputados señaló las líneas maestras de esa nueva regulación y marcó sus objetivos generales. Entre ellos cabe destacar los de incrementar la motivación de los profesionales y su compromiso con la gestión, el establecimiento de un adecuado sistema de incentivos, la desburocratización y flexibilización de las relaciones profesionales, la descentralización de los procesos de selección y de promoción profesional, la personalización de las condiciones de trabajo, especialmente en lo relativo a retribuciones y niveles de dedicación o la adecuación de las dotaciones de personal a las necesidades efectivas de los centros, a través de una normativa específica de carácter básico para este personal, con respeto tanto de las competencias para su desarrollo por las Comunidades Autónomas como del objetivo global de impulsar la autonomía de gestión de los servicios, centros e instituciones”.

Importante el interés manifestado por la Cámara en lo que respecta al deseo de “incrementar la motivación de los profesionales y su compromiso con la gestión”, a la vez que, seguidamente, menciona “el establecimiento de un

⁷ Baeza Gómez, P. (s.f.). *Federación Estatal de Sindicatos de Sanidad de la CGT*. Recuperado el 05 de 2012, de <http://www.fesancgt.org/docs/Informe%20Estatuto%20Marco%20final.pdf>

adecuado sistema de incentivos". Este interés viene plenamente justificado por las especiales características de la prestación del personal estatutario de los servicios de salud y, especialmente, por la relación de agencia del personal sanitario en general y del facultativo en particular.

2.1.1. PERSONAL INCLUIDO EN EL AMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTATUTO MARCO Y SU CLASIFICACION.

El Estatuto Marco clasifica al personal estatutario incluido en su ámbito de aplicación atendiendo a tres criterios:

- ❖ la función desarrollada
- ❖ el nivel del título exigido para el ingreso
- ❖ el tipo de su nombramiento.

De acuerdo con la función desarrollada podemos distinguir entre:

- ❖ Personal estatutario sanitario.
- ❖ Personal estatutario de gestión y servicios.

La anterior clasificación que daba lugar a los tres distintos estatutos distinguía entre personal sanitario facultativo, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, quedando englobados los dos primeros en la clasificación actual de personal estatutario sanitario.

Atendiendo al nivel del título exigido para el ingreso el Estatuto Marco distingue entre:

- ❖ Personal de formación universitaria
 - Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
 - Licenciados sanitarios.
 - Licenciados universitarios o personal con título equivalente.
 - Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.

- Diplomados sanitarios.
- Diplomados universitarios o personal con título equivalente
- ❖ Personal de formación profesional
 - Técnicos superiores sanitarios.
 - Técnicos sanitarios.
 - Técnicos superiores o personal con título equivalente.
 - Técnicos o personal con título equivalente.
- ❖ Otro personal

Observamos cómo existe una clasificación en función del nivel académico coincidente con los grupos A, B, C, D y E de clasificación del personal funcionario de la derogada Ley 30/84, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, estando por determinar su equivalencia con los nuevos grupos establecidos en el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), aprobado por Ley 7/2007, de 12 de abril, que adecua los grupos de clasificación del personal funcionario a las nuevas titulaciones de grado.

A su vez se establece una clasificación entre personal con titulación universitaria y personal de formación profesional, en una clara intención de profesionalización del personal más allá de los niveles académicos.

Apreciamos igualmente una separación de los distintos “estamentos” correlativos a la función desempeñada, con clasificaciones separadas dentro del mismo nivel académico para personal facultativo, sanitario y de gestión y servicios.

En cuanto al tipo de nombramiento el Estatuto clasifica al personal en:

- a. Personal estatutario fijo.
- b. Personal estatutario temporal.

Dentro del personal estatutario temporal se incluye al personal con nombramiento de interinidad, de sustitución y eventual.

La inclusión del personal de sustitución y eventual dentro del personal estatutario es una novedad, toda vez que en la anterior regulación el régimen de vinculación de este personal era laboral, rigiéndose por la legislación laboral común. Su relación pasa, en consecuencia, a ser administrativa en lugar de laboral.

Podríamos concluir que este es el ámbito de aplicación del Estatuto Marco y considerar que todo el personal de los Servicios de Salud tiene tal consideración. Y así es para:

- El personal médico que venía siendo regulado por el estatuto jurídico de personal facultativo de la seguridad social, aprobado por Decreto 3160/1960, de 23 de diciembre, del Ministerio de Trabajo.
- El personal sanitario no facultativo, regulado anteriormente por estatuto jurídico del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social, aprobado por OM de 26 de abril de 1973, del Ministerio de Trabajo.
- El personal no sanitario, regulado anteriormente por OM de 5 de julio de 1970, del Ministerio de Trabajo.
- El personal médico del Instituto Social de la Marina, conforme a la DA 11ª del Estatuto.
- Los funcionarios que a la entrada en vigor de la OM de 30 de junio de 1984 se hallasen adscritos a las Instituciones Sanitarias.
- El personal de los Hospitales Clínicos Universitarios
- El personal de organismos autónomos suprimidos, como la Administración Institucional de la Sanidad Nacional y la Casa de Salud Santa Cristina y Escuela Oficial de Matronas
- El personal laboral fijo perteneciente a Instituciones Sanitarias del INSALUD que optaron por la integración.
- El personal fijo de instituciones de la Cruz Roja con convenio de administración con el INSALUD (OM 22-2-1994; OM 21-7-1994).
- El personal de determinados hospitales, concretamente Nuestra Señora de la Montaña, de Cáceres, Santos Reyes de Aranda de Duero, de

Burgos, y la Fundación Pública Marqués de Valdecilla (OM 18-12-1997; art. 51 Ley 66/1997, OM 2-3-1999 Art. 42 Ley 50/1998).

- Los médicos de urgencia hospitalaria, integrados como médicos jerarquizados de Medicina general o del Servicio de Urgencia según prevé el artículo 39.5 de la Ley 37/1988, RD 1206/1989, OM 29 de marzo de 1990)
- Así mismo, y según se prevé en la D.A. 10ª EM, los Servicios de Salud pueden establecer la aplicación del Estatuto a las estructuras administrativas y de gestión (personal que no presta servicio en Instituciones Sanitarias sino en centros administrativos).

Quedan, no obstante, algunos colectivos excluidos del ámbito de aplicación del Estatuto Marco, cuales son:

- El personal militar que preste sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria militar que se regirán por su normativa específica (D.A., 13ª EM)
- El personal sanitario en fase de formación con vistas a la obtención de una especialidad mediante la fórmula de residencia, que mantiene con la una relación laboral de carácter especial según se prevé en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, artículo 20.3.f) y D. A 1ª EM.

En cuanto al personal funcionario de carrera y laboral fijo que pudiera estar prestando servicio en los Servicios de Salud el Estatuto prevé la posibilidad de integración en el régimen estatutario.

2.1.2. REGIMEN RETRIBUTIVO EN EL ESTATUTO MARCO

El régimen retributivo del personal incluido en el ámbito de aplicación del Estatuto Marco muestra claras similitudes con el del personal funcionario, especialmente en lo que se refiere a la estructura salarial que distingue entre

retribuciones básicas y complementarias, respondiendo las primeras a criterios de cualificación técnica y profesional y tendiendo las segundas a retribuir aspectos como la motivación en el trabajo, el rendimiento profesional, la actividad y calidad en el servicio y la consecución de los objetivos planificados.

Son retribuciones básicas (igual que en el régimen de funcionarios) el sueldo y los trienios. Ambos conceptos guardan relación con la titulación exigida para el acceso al puesto, con la clasificación indicada en el apartado anterior. Así existe la posibilidad de distinguir, dentro del mismo nivel de estudios, retribuciones distintas para personal licenciado con título de especialista en Ciencias de la Salud (p.ej. médicos), personal licenciado sanitario (p.ej. farmacéuticos) y personal licenciado o con título equivalente (p.ej. ingenieros superiores).

También tienen la consideración de retribución básica las pagas extraordinarias, en número de dos al año e integradas de una mensualidad de sueldo y trienios a la que se añade una catorceava parte del complemento de destino. Esta es una diferencia con las retribuciones del personal funcionario y presenta la "anomalía" de cuantificar una retribución básica con parte de una complementaria.

En cuanto a las retribuciones complementarias podemos distinguir entre:

"a) Complemento de destino correspondiente al nivel del puesto que se desempeña. El importe anual del complemento de destino se abonará en 14 pagas.

b) Complemento específico, destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. En ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto por una misma circunstancia.

c) Complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos.

d) Complemento de atención continuada, destinado a remunerar al personal para atender a los usuarios de los servicios sanitarios de manera permanente y continuada.

e) Complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la carrera profesional cuando tal sistema de desarrollo profesional se haya implantado en la correspondiente categoría.”

Observamos conceptos retributivos relacionados con el puesto ocupado (complemento de destino), con características específicas y singulares de la prestación dentro del puesto (complemento específico), con el rendimiento en el puesto y el grado de cumplimiento de objetivos (complemento de productividad) y con el desarrollo profesional (complemento de carrera).

A la vista de esta estructura podríamos convenir que, garantizada una retribución básica tras el acceso a la plaza, las retribuciones complementarias permiten adecuar la retribución a las condiciones tanto del puesto de trabajo ocupado como a la forma y dedicación con que el profesional lo desempeña, así como a su interés en la formación y capacitación técnica durante su vida profesional. Este es un aspecto novedoso introducido por el Estatuto Marco en respuesta a las reivindicaciones de sociedades científicas, colegios profesionales y organizaciones sindicales, cumpliendo un doble papel incentivado y de reconocimiento del esfuerzo de los profesionales en la actualización y crecimiento de sus capacidades. Si algo caracteriza a la profesión sanitaria (y la docente) es que se basa en el conocimiento, aplicado a la prevención y curación de las enfermedades y a su transferencia a otros miembros de la organización, definiéndose los centros sanitarios como

“empresas de conocimiento”. De ahí la importancia de este complemento retributivo por su capacidad para incentivar el esfuerzo de los profesionales en su formación continua y en la transferencia interprofesional de los conocimientos adquiridos. Importante es destacar que pocas empresas cuentan entre sus trabajadores con más de un 70 por ciento de titulados universitarios, cual es el caso de las Instituciones Sanitarias donde se supera ampliamente este porcentaje con el cómputo de personal médico, personal titulado de grado medio en enfermería (a partir de ahora ambos con título universitario de grado), y una diversidad de personal titulado universitario en ingeniería, derecho, ciencias económicas y empresariales, física, psicología, ciencias exactas, biología, farmacia, arquitectura, etc. Y todo ello como muestra evidente del papel que juega el conocimiento en el desempeño profesional en el ámbito sanitario.

2.1.3. JORNADA Y TIEMPO DE TRABAJO

Entre los fines del Estatuto Marco está, tal como se expresa en el apartado IV de su exposición de motivos, la trasposición de las Directivas 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, y 2000/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000, relativas a la protección de la seguridad y salud de los trabajadores a través de la regulación de los tiempos de trabajo y del régimen de descansos. En resumen estas directivas establecen:

- ❖ En cuanto a la duración de la jornada laboral: “Artículo 6. La duración media del trabajo no excederá cuarenta y ocho horas.”
- ❖ En cuanto al tiempo de trabajo y los deberes del profesional: “Artículo 2.1. El profesional debe estar en el puesto de trabajo, a disposición del empresario, ejerciendo su actividad o funciones”
- ❖ En cuanto al descanso semanal: “Artículo 5. Periodo mínimo de descanso semanal ininterrumpido de 24 horas”

- ❖ En cuanto al descanso diario: “Artículo 3. Descanso diario de 11 horas consecutivas en el curso de cada periodo de 24 horas”.
- ❖ En cuanto a las guardias físicas: Se consideran tiempo de trabajo efectivo con independencia de cuando se preste el servicio, ya sea en atención continuada u otros. La directiva establece que las guardias físicas deberán ser tenidas en cuenta a efectos de contabilizar las horas extraordinarias. Así mismo deberán ser tenidas en cuenta para computar el máximo de jornada semanal.
- ❖ En cuanto a las guardias localizadas: Se consideran tiempo de trabajo en cuanto prestan sus servicios en atención continuada. Ahora bien, los periodos en los que el profesional no está en el trabajo, y por tanto no ejerza actividad, no son tiempo de trabajo.

La Directiva 2000/34/CE extiende la aplicación de estas disposiciones a los Médicos en Formación (MIR).

El Título X del Estatuto Marco establece:

- ❖ Una jornada ordinaria de trabajo (Art. 47 EM):

El tiempo de trabajo de jornada ordinaria no podrá exceder doce horas ininterrumpidas (art. 51 EM). Caben no obstante, en función de la habilitación permitida por las Directivas antes expuestas, las siguientes excepciones:

- Distribución irregular de la jornada, en cómputo anual.
- Posibilidad de establecer jornadas de hasta 24 horas para determinados servicios, con carácter excepcional, por razones organizativas o asistenciales, excepción que habilita la propia directiva.

En este sentido, el artículo 51 del EM, remite a las normas, pactos o acuerdos, que según cada caso resulten procedentes, a efectos de determinación de la jornada ordinaria.

- ❖ Una jornada complementaria (Art. 48 EM) para la prestación de servicios de atención continuada:

El artículo 48 del EM define jornada complementaria como “aquella jornada que puede realizar el personal de determinadas categorías o unidades que prestan servicios de continuada con el fin de garantizar la adecuada atención permanente al usuario de los centros sanitarios”. En principio esta jornada complementaria está destinada “al personal de las categorías o unidades que antes de la entrada en vigor de la Ley 55/2003 vinieran realizando una cobertura de la atención de continuada mediante el sistema de guardias o similar, así como a aquellas otras categorías o unidades que se determinen previa negociación en las mesas correspondiente”, siendo cada centro quien, a través de su programación funcional, determine la forma en que se realice dicha jornada.

La jornada complementaria está sujeta a las siguientes limitaciones:

- o La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo, jornada complementaria, (atención continuada) y la jornada ordinaria, será de 48 horas semanales. De este computo, queda excluido el tiempo de localización, salvo que el profesional sea llamado para la prestación de trabajo efectivo, en cuyo caso si computará. En este caso computarán como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento.

- Se establece como periodo de referencia a efectos de establecer la duración máxima del tiempo de trabajo seis meses, salvo que mediante acuerdo, pacto o convenio colectivo se establezca otro cómputo.
- El límite máximo de jornada (48 horas / semanales) será de aplicación paulatina al personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia, tanto de los centros públicos como de los privados acreditados para la docencia, (Disposición Transitoria Primera EM)
- La duración máxima de ambos tipos de jornada (ordinaria y complementaria), es de 48 horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral (Art. 48.2 EM)
- La jornada complementaria no tendrá la condición de las horas extraordinarias (Art. 48.3 EM).

❖ Un régimen de jornada especial:

El artículo 49 del Estatuto prevé la posibilidad de superar el límite conjunto establecido para las jornadas ordinaria y complementaria, hasta un máximo de 150 horas al año, siempre que existan “razones organizativas o asistenciales que justifiquen su existencia” y siempre que los límites de jornada antes citados causasen insuficiencia para “garantizar la adecuada atención continuada y permanente”.

Esta jornada especial tiene carácter voluntario para el trabajador, debiendo obedecer a una oferta expresa por parte del Centro sanitario a los profesionales para su realización y aceptación individualizada y libre del personal, en un compromiso bilateral que garantice un mínimo en su duración y una periodicidad en su acuerdo y renovación, siendo cada Centro quien determine dichos plazos con carácter general.

Vemos que existe un amplio grado de flexibilidad en la configuración de la jornada de trabajo, aun cuando existan, como no puede ser de otra forma, limitaciones de máximos en garantía del descanso en el trabajo. Con ello se pretende posibilitar la prestación 24x7, es decir, todos los días del año durante las 24 horas del día de los distintos profesionales con amplio margen para configurar distintos modos de prestación en atención a las características de cada puesto, siendo posible el establecimiento de turnos rotatorios (habituales en personal sanitario no facultativo) en número de 3 o 2 por jornada (7+7+10 horas o 12+12 horas), turnos fijos complementados con periodos de guardia, tanto en modalidad de presencia física como de localización, jornadas adicionales tras turnos fijos y/o rotatorios (jornada especial), etc.

Existen razones de peso para este régimen variopinto de jornada:

- ❖ La existencia de una oferta de trabajo diferente en función de los puestos a cubrir. Así, cuando la oferta de trabajo es abundante, resulta más razonable y eficiente la cobertura del puesto en jornada ordinaria mediante turno rotatorio, mientras que cuando la oferta es escasa (habitualmente por su especialización) conviene acudir a la cobertura mediante jornadas complementarias o especiales.
- ❖ La distinta intensidad en la prestación, no siendo lo mismo el trabajo del médico en turno de mañana, en el que el trabajo se organiza para una prestación intensiva, que en turno de tarde y, sobre todo, de noche, donde lo que se requiere es su disponibilidad y/o presencia para atenciones no programadas.
- ❖ La optimización del rendimiento por jornada, resultando en ocasiones antieconómico el turno de jornada ordinario e inviable la vinculación a tiempo parcial debido a la escasez de oferta.

2.1.4. REGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES EN EL ESTATUTO MARCO

Es de interés cuando de valorar la relación de agencia del profesional sanitario y, especialmente, del médico se trata, estudiar detenidamente el régimen de incompatibilidades que le es de aplicación y sus diferencias respecto al del resto de empleados públicos.

Indica el artículo 76 del EM que “resultará de aplicación al personal estatutario el régimen de incompatibilidades establecido con carácter general para los funcionarios públicos, con las normas específicas que se determinan en esta Ley” para, seguidamente, remitir a la “legislación vigente” para lo que se refiere a la compatibilidad de al función sanitaria y docente, dentro del sector público.

Es de aplicación en este aspecto el RD 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. La base séptima redactada bajo el artículo 4 del citado RD establece que “de conformidad con lo previsto en el artículo 105 de la Ley General de Sanidad y con el fin de garantizar los objetivos docentes e investigadores de las universidades en las áreas relacionadas con las ciencias de la salud, el concierto establecerá las plazas de facultativos especialistas de la institución sanitaria que quedan vinculadas con plazas docentes de la plantilla de los cuerpos de profesores de la universidad. Mientras tenga tal carácter, dicha plaza se considerará a todos los efectos como un solo puesto de trabajo y supondrá para quien la ocupe el cumplimiento de las funciones docentes y asistenciales en los términos que se establecen en el presente Real Decreto.” Esta previsión legal constituye, de hecho, una excepcionalidad al régimen general de incompatibilidades en cuya virtud se exceptúa el principio básico de incompatibilidad entre dos puestos públicos, toda vez que los puestos docente y sanitario son considerados como uno sólo.

No aparece, por el contrario, excepción alguna de relevancia en cuanto al régimen de incompatibilidades entre puesto público y privado. Así habría que entender de plena aplicación la limitación prevista en el artículo 11 de la Ley 53/1984 de Incompatibilidades en cuanto dispone que “el personal comprendido en su ámbito de aplicación no podrá ejercer, por sí o mediante sustitución, actividades privadas, incluidas las de carácter profesional, sean por cuenta propia o bajo la dependencia o al servicio de entidades o particulares que se relacionen directamente con las que desarrolle el departamento, organismo o entidad donde estuviera”. Abunda el artículo 12 de esta Ley en cuanto prohíbe específicamente la compatibilidad con “actividades profesionales prestadas a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño del puesto público”.

Es perfectamente comprensible la excepción de compatibilidad entre puestos docentes y asistenciales, más aún cuando los nuevos desarrollos curriculares de las enseñanzas universitarias acordes al Plan Bolonia otorgan especial valor a la adquisición de competencias de carácter práctico, entendiendo que los profesionales que ejercen dicha práctica cada día puedan ser los idóneos para transferir sus conocimientos a los futuros profesionales de la medicina.

Sorprende sin embargo que, en la práctica, se venga autorizando la compatibilidad en el ejercicio de la actividad pública y privada en el ámbito de la asistencia sanitaria cuando, habida cuenta la universalidad de la asistencia sanitaria hace suponer que es imposible que el médico, en el ejercicio privado de su profesión, se abstenga de prestar sus servicios profesionales a pacientes que, en ejercicio de su derecho a las prestaciones sanitarias públicas, puedan tener acceso a ese mismo profesional en el ámbito público.

Esta permisividad en el cumplimiento de la Ley de Incompatibilidades es toma más importancia cuando consideramos que buena parte de la actividad de los centros sanitarios privados se presta en régimen de concierto bajo contrato por parte de los servicios públicos de salud, de tal forma que no es

inusual que presten servicio en los hospitales privados médicos que compatibilizan su puesto en el servicio público. Sin embargo es raro encontrarnos con casos de denuncias por incompatibilidad y, menos aun, de expedientes disciplinarios abiertos por incumplimiento de los deberes en relación con el régimen de incompatibilidades.

2.2. REGIMEN RETRIBUTIVO DEL PERSONAL ESTATUTARIO EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

La estructura retributiva del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud es consecuente con el marco establecido en la Ley 55/2003, estando las cuantías de cada concepto retributivo establecidas en las correspondientes Resoluciones que, con periodicidad anual, dicta la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud. Dichas cuantías están condicionadas, en su mayor parte, por lo que viene establecido en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado (en lo que a retribuciones básicas y complemento de destino se refiere) y de la Comunidad Autónoma que, bien fija las cuantías individuales de cada una de ellas o, en su defecto, la variación porcentual respecto a la cuantía aprobada para el ejercicio precedente. Todo ello sin menoscabo de la capacidad para fijar retribuciones en Acuerdos y Pactos entre la Administración de la Comunidad Autónoma y las Organizaciones Sindicales más representativas, habitualmente en la Mesa Sectorial de Sanidad y, excepcionalmente, en la Mesa de la Función Pública.

Poco cabe añadir, en líneas generales, a lo ya explicado anteriormente respecto del régimen retributivo previsto en el Estatuto Marco. Más interesante es hacer un análisis crítico de las relaciones existentes entre las cuantías de cada concepto retributivo y la contraprestación del profesional sanitario. Dado que el objeto de este trabajo gira en torno a las relaciones laborales del personal facultativo (médico) del nivel asistencial de atención especializada del servicio público de salud, nos referiremos siempre y a partir de ahora a sus retribuciones.

2.2.1. RETRIBUCIONES BASICAS:

❖ Sueldo:

Como ya se decía anteriormente el sueldo, que forma parte de lo que el E.M. denomina “retribuciones básicas”, viene determinado por la titulación exigida para el acceso a la plaza. En el caso del personal médico,

todo él perteneciente al mismo grupo de clasificación (Grupo A) en cuanto a que el nivel de titulación exigida para su ingreso es la Licenciatura en Medicina y Cirugía, la cuantía es de 14.677,32 euros año, distribuidos en 12 pagas mensuales de 1.109,05 euros y 2 pagas extraordinarias, en los meses de junio y diciembre, de 684,36 euros.

❖ **Trienios:**

El importe del trienio, al igual que el sueldo, guarda relación con el grupo al que pertenece el profesional, siendo la cuantía actual de 564,42 euros / año, en razón a 42,65 euros por mes y 26,31 euros en cada una de las dos pagas extraordinarias, siempre entendido en importe por cada tres años de antigüedad acreditada.

Como puede deducirse las “retribuciones básicas” no retribuyen las condiciones del puesto de trabajo asignado ni la forma en que se desempeña, sino la plaza ocupada, estando el único concepto que puede causar variación en la retribución de un profesional a otro vinculado a la antigüedad.

2.2.2. RETRIBUCIONES COMPLEMENTARIAS:

❖ **Complemento de destino:**

El complemento de destino se asigna en función del nivel del puesto de trabajo ocupado, siendo el importe anual idéntico al establecido en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado para todos los empleados públicos. Todo el personal facultativo especialista queda distribuido en tres niveles de complemento de destino, conforme con el siguiente detalle:

NIVEL	RETRIBUCION ANUAL	PUESTO DE TRABAJO
28	11.653,60 €	JEFE DE DEPARTAMENTO JEFE DE SERVICIO JEFE DE SERVICIO NOMBRAMIENTO PROVISIONAL COORDINADOR DE URGENCIAS COORDINADOR DE ADMISIÓN COORDINADOR DE SALUD MENTAL COORDINADOR DE ÁREA MÉDICA COORDINADOR DE ÁREA QUIRÚRGICA COORDINADOR DE ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES COORDINADOR DE TRASPLANTES COORDINADOR DE CALIDAD
26	9.774,80 €	JEFE DE SECCIÓN JEFE DE SECCIÓN DE ADMISIÓN Y DOC. CLÍNICA JEFE DE SECCIÓN NOMBRAMIENTO PROVISIONAL JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS JEFE DE UNIDAD DE TRASPLANTES JEFE DE UNIDAD DE CALIDAD JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN
24	8.160,88 €	F.E.A. F.E.A. CON TURNICIDAD MÉDICO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA MÉDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA MÉDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA CON TURNICIDAD MÉDICO GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA -AE MÉDICO GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA CON TURNICIDAD -AE

Observamos cómo el complemento de destino retribuye la responsabilidad en el puesto, siendo distinto para los niveles puestos de jefatura y los puestos básicos. No existe diferencia retributiva entre los distintos puestos que puede desempeñar un Facultativo Especialista de Área (F.E.A.), puesto básico, en función de su especialidad, percibiendo los mismos emolumentos en este concepto un profesional especialista en Análisis Clínicos, un Cirujano Cardiovascular o un especialista en Medicina Interna, cuando las características de sus puestos, siendo todos ellos correspondientes a un médico especialista, nada tienen que ver entre sí.

❖ Complemento específico:

Existen cuatro tipos de complemento específico, denominados con las letras A, B, C y D.

- o El complemento específico A, o complemento específico general, es idéntico para todo el personal médico en una cuantía de 4.366,60 euros/año. Este complemento lo percibe todo el personal con independencia de que compatibilice el desempeño del puesto público con otro puesto, público o privado y supone un 29,75 % de las retribuciones básicas, inferior por tanto al límite del 30 % establecido en la Ley 53/1984 para la compatibilidad con actividad privada.
- o El complemento específico B (también llamado “de dedicación”) retribuye la realización de la jornada especial de 150 horas / año prevista en el EM y conlleva la incompatibilidad con puesto público o privado, con excepción del desempeño de plaza docente universitaria. Su cuantía viene determinada por el puesto ocupado y, en la actualidad, es independiente de la actividad realizada, a diferencia de en su regulación inicial en el que los importes asignados a la realización de actividades quirúrgicas eran superiores a los correspondientes a actividades médicas.

Las cuantías son las siguientes:

PUESTO DE TRABAJO	IMPORTE ANUAL
Jefe de Departamento; Jefe de Servicio ; Coordinador de Urgencias, Admisión, Salud Mental, Área Médica, Área Quirúrgica, Área de Servicios Centrales, Trasplantes y Calidad.	14.447,04 €
Jefe Sección ; Jefe Unidad de Urgencias, Admisión, Trasplantes y Calidad ;	13.370,64 €
Resto de Licenciados Sanitarios	12.294,12 €

- o El complemento específico C (o de “condiciones especiales de trabajo”) retribuye;
 - La realización de una jornada deslizante: Se entiende jornada deslizante la que realiza el profesional que, teniendo asignada una jornada en turno fijo, desliza parte de la jornada en

el turno siguiente/anterior. A modo de ejemplo percibiría el complemento C quien, teniendo asignado un turno fijo de mañana con horario de 8 a 15 horas, conviene en trabajar un día a la semana en turno de tarde (de 15 a 22 horas). El único requisito es que, al menos, debe deslizar cuatro horas de su jornada al turno contrario, es decir, como mínimo y en el caso que nos ocupa, debería comenzar su jornada “deslizada” a las 12 horas y llegar hasta las 19 horas.

- La realización de trabajo a turnos: Se considera trabajo a turnos el que conlleva la realización de turnos de mañana y/o tarde y/o noche de forma alterna conforme a un calendario preestablecido.
- La continuidad de cuidados: Se entiende que un puesto de trabajo implica continuidad de cuidados cuando la persona que termina su turno debe dar “el relevo” a la persona que lo comienza. Es el caso del personal de enfermería en unidades de hospitalización.
- Atención al Público: Los que implican atención directa a visitas y familiares de pacientes ingresados o bien a los que en un futuro serán pacientes (puestos de citaciones, admisión, atención al paciente, etc.).

En lo que respecta al personal facultativo solo le es de aplicación el primero de los supuestos (jornada deslizante), dado que nunca realiza trabajo a turnos, con lo que tampoco le puede ser de aplicación el concepto de continuidad de cuidados y tampoco ocupa puestos de trabajo que requieran la atención al público.

Los importes de esta modalidad de complemento C vienen en dependencia del número de días a la semana en que se produce el deslizamiento de jornada, conforme a la siguiente tabla:

1 día/semana	4.700,76 euros/año
2 días/semana	6.087,84 euros/año
3 días/semana	6.919,80 euros/año
4/5 días/semana	7.360,44 euros/año

- o Y, por último, el complemento específico D, de exclusiva aplicación al personal facultativo, que retribuye la incompatibilidad, es decir, la exclusividad del ejercicio de la profesión en el puesto público ocupado. Este complemento supone un total de 2.390,28 euros/año y es, a su vez, incompatible con el percibo de los complementos específicos B y C además de, lógicamente, con la compatibilización de dos puestos de trabajo.

Vemos que los complementos específicos retribuyen especiales condiciones del puesto de trabajo desempeñado, si bien en realidad dichas condiciones se reducen, en el caso de los facultativos, a la realización de una jornada especial (modalidad B y C) y a la incompatibilidad (modalidad D), concepto este último que no tiene retribución en ningún otro puesto de trabajo de entre el vasto catálogo de personal estatutario. De hecho el complemento específico D podría considerarse una porción renunciante de complemento específico para no superar el porcentaje límite del 30 % de la retribución básica antes mencionado. Es por ello que consideramos tanto complemento específico A como D parte de la retribución asociada al puesto, sin relación alguna con la intensidad o dedicación del profesional al ejercicio del mismo.

❖ Complemento de atención continuada:

En el caso del personal médico este complemento corresponde a la retribución por la realización de guardias médicas. La guardia médica es una prestación de “estar a disposición”, sin actividad programada, para la atención de urgencias médicas. Dependiendo de la intensidad o frecuencia de dichas urgencias, las guardias de los servicios asistenciales pueden

organizarse en régimen de presencia física o de localización, debiendo permanecer en el primero de los casos el facultativo en el centro sanitario durante todo el periodo de guardia.

En el supuesto de que un médico en guardia localizada sea requerido para la atención de una asistencia urgente y bajo determinadas condiciones de duración de la misma, la guardia se convierte a efectos retributivos en guardia de presencia física.

El valor o precio de la guardia depende de su condición (física o localizada) y del día de la semana en que se realiza:

Valor de la hora de guardia	En día laborable	En día festivo
De presencia física	19,53 euros	21,20 euros
Localizada	9,77 euros	10,60 euros

Puede observarse como el precio de la guardia localizada es equivalente al 50 % del precio de la guardia de presencia física y que el incremento de la guardia en festivo sobre lectivo es de, aproximadamente, un 8,5 %.

El complemento de atención continuada retribuye el incremento en el tiempo de prestación por encima de la jornada ordinaria o, lo que es lo mismo en términos del Estatuto Marco, la jornada complementaria. Es, en definitiva, un pago por trabajar más horas.

❖ El complemento de productividad (factor fijo):

En contra de lo que dispone el EM en relación con este complemento, el factor fijo del complemento de productividad viene determinado por el puesto de trabajo en sí y no por la forma en cómo se desempeña (en términos del propio Estatuto, "el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en

programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados”). Queda desvirtuada por tanto su finalidad variando las cantidades a percibir por cada profesional en función del nivel de responsabilidad en la organización, tal como puede apreciarse en la tabla siguiente:

JEFE DE DEPARTAMENTO	23.759,64 euros/año
JEFE DE SERVICIO, JEFE DE SERVICIO NOMBRAMIENTO PROVISIONAL, COORDINADOR DE URGENCIAS, COORDINADOR DE ADMISIÓN, COORDINADOR DE SALUD MENTAL , COORDINADOR DE ÁREA MÉDICA ,COORDINADOR DE ÁREA QUIRÚRGICA, COORDINADOR DE ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES, COORDINADOR DE TRASPLANTES, COORDINADOR DE CALIDAD	22.228,56 euros/año
JEFE DE SECCIÓN, JEFE DE SECCIÓN DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, JEFE DE SECCIÓN NOMBRAMIENTO PROVISIONAL , JEFE DE UNIDAD DE URGENCIAS, JEFE DE UNIDAD DE TRASPLANTES, JEFE DE UNIDAD DE CALIDAD, JEFE DE UNIDAD DE ADMISIÓN	18.774,36 euros/año
F.E.A., F.E.A. CON TURNICIDAD, MÉDICO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, MÉDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA, MÉDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA CON TURNICIDAD, MÉDICO GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA –AE, MÉDICO GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA CON TURNICIDAD -AE	15.120,84 euros/año

❖ Complemento de productividad (factor variable):

Como su propio nombre indica, esta retribución tiene una cuantía variable que depende del grado de cumplimiento de objetivos de la organización (el Sector Sanitario y, dentro de él, el nivel de Atención Especializada), del Servicio dentro del Hospital y del profesional dentro del Servicio.

La Gerencia del Sector Sanitario suscribe un Contrato de Gestión con la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud que oficia de “contrato de compra-venta de servicios” sanitarios. Fija las condiciones en que deben prestarse los servicios en aspectos de calidad, eficiencia y precio. El aspecto más desarrollado es de calidad del servicio, planteándose

múltiples indicadores como índice de mortalidad, tasa de reingresos, satisfacción del paciente, tasa de infección nosocomial, etc. Los índices de demora máxima en las prestación forman parte del paquete de objetivos de calidad. En lo que se refiere a la eficiencia se establecen indicadores de rendimiento como los índices de estancia media, rendimiento quirúrgico, índice funcional, etc. Por último el precio viene determinado por el presupuesto asignado. En este punto cabe señalar la transferencia de riesgo entre comprador del servicio y proveedor dado que dicho límite presupuestario no se pone en relación con un volumen de actividad, sino con unos resultados de calidad y eficiencia respecto a una demanda cuyo control y satisfacción se responsabiliza al prestador del servicio (el hospital), limitándose exclusivamente la cartera de servicios o catálogo de prestaciones a facilitar.

A la firma del contrato se acuerda también la “bolsa de incentivos” o cantidad máxima con la que contará la Gerencia del Sector Sanitario para incentivar a sus empleados y profesionales. Esta cantidad se ajustará, al finalizar el año, en función del grado de cumplimiento de los objetivos acordados en Contrato de Gestión.

A su vez la Gerencia del Sector pacta con los responsables de las unidades y servicios que de ella dependen un Contrato de Gestión de la Unidad o Servicio, trasladando la parte que a ellos competen de los objetivos generales, entendiendo que el cumplimiento parcial de objetivos de cada Unidad o Servicio llevará al cumplimiento total del Contrato de Gestión del Sector. La bolsa de productividad variable ajustada por cumplimiento se distribuye entre los profesionales que suscribieron el contrato de gestión de servicio o unidad, siendo éste (la suscripción del contrato) requisito imprescindible y necesario para tener derecho al percibo de este complemento retributivo.

Si bien el planteamiento, aun perfectible, sería consecuente con la condición de agencia que caracteriza la figura del personal médico, la

realidad es que las cantidades que se vienen abonando por este concepto son tan bajas (en relación con la retribución total del médico) y las variaciones entre las cantidades acreditadas para los distintos profesionales tan escasas, que se pone en cuestión su efecto incentivador. En el año 2010 la cantidad estándar que percibió por este concepto el personal médico de un gran centro hospitalario de Aragón fue de 2.008,11 euros, con una horquilla entre 2.229,07 y 2.008,08 euros y una desviación típica de 64,15.

❖ Complemento de carrera profesional:

El 13 de noviembre de 2.007 la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud firmó con las organizaciones sindicales integrantes de la Mesa Sectorial (CEMSATSE, UGT, CC.OO. Y CSI-CSIF) un Acuerdo en materia de Carrera Profesional. Dicho acuerdo tenía por objeto “la implantación para todas las categorías de personal estatutario del sistema de carrera profesional, como herramienta que introduce un nuevo principio retributivo basado en lo que es y en lo que hace cada profesional y que, por lo tanto, incorpora elementos diferenciadores y evaluables con los que se reconocen y estimulan la labor asistencial, de investigación, docencia, formación y habilidades de aquellos profesionales que, de forma voluntaria, deseen incorporarse a este sistema”.

El sistema de carrera profesional se estructura en cuatro niveles con retribuciones para cada uno de ellos, según el detalle siguiente, referido siempre al personal médico:

Nivel I	3.600 euros/año
Nivel II	7.000 euros/año
Nivel III	10.000 euros/año
Nivel IV	12.500 euros/año

Se trata de un complemento de carácter personal y voluntario (aunque es difícil entender los motivos por los cuales un profesional no va a solicitar la acreditación del mismo), irreversible (una vez alcanzado un nivel y acreditado el complemento permanecerá con el profesional hasta la pérdida de la condición de personal estatutario, aun cuando cambie de puesto de trabajo) y gradual en el tiempo (para acceder a un nivel debe cumplirse un requisito de permanencia de un tiempo mínimo en el anterior, concretamente de 5 años salvo para acceder al nivel cuarto que requerirá de 7 años de permanencia en el tercero). Además deberán acreditarse resultados de actividad, compromiso con la organización, formación, docencia e investigación conforme a un baremo establecido para cada uno de los niveles.

El sistema parece que puede servir, por un lado, para reconocer el esfuerzo del profesional durante su vida laboral y, por otro, incentivar el desarrollo profesional individual en aras del beneficio colectivo de la organización. El problema viene del régimen transitorio implantado.

El Acuerdo establece un régimen transitorio de implantación en el que el acceso a los tres primeros niveles se consigue, exclusivamente, mediante la acreditación de los años de antigüedad previstos. Esto supone que cualquier profesional con 15 años de antigüedad tiene, de entrada, acreditado el nivel III de carrera profesional, dándole por supuestos el resto de cualidades cómo se decía del valor para quien había cumplido el servicio militar.

Podemos afirmar que, en el momento actual, este complemento retribuye la antigüedad, aspecto éste de poco valor intrínseco cuando hablamos de un empleo público en el que, por el momento, el riesgo de separación del servicio es mínimo por no decir inexistente y, por tanto, acumular antigüedad no tiene más mérito que dejar pasar el tiempo.

❖ Otros complementos salariales:

Existen otros complementos salariales de carácter menor, como los que vienen a incentivar actividades concretas como la extracción y trasplante de órganos y otros entre los que merece la pena señalar dos por su relevancia: la exención de guardias para mayores de 55 años y el complemento por autoconcertación.

Los facultativos que hayan cumplido 55 años y hubieran realizado guardias médicas de forma habitual, tienen derecho a la exención de su realización a cambio de una actividad alternativa consistente en una prolongación de jornada de cuatro horas, en número no inferior a tres veces al mes (denominados módulos de atención continuada). Quien se acoge a este derecho percibirá, en concepto de atención continuada, el equivalente a 12 horas de guardia de presencia física por cada módulo de cuatro horas realizado.

En realidad este no es un complemento retributivo nuevo sino que se trata del ya comentado complemento de atención continuada, si bien trae causa de un derecho de exención de guardias, consustancial en principio al derecho al percibo del citado complemento, conforme a lo dispuesto en el Acuerdo firmado por el INSALUD y las organizaciones sindicales CCOO y UGT el 22 de febrero de 1.992.

En cuanto al “complemento” de autoconcertación estamos ante una modalidad de productividad variable acreditada en base a la realización de una actividad previamente definida a la que le corresponden unos precios o tarifas establecidos. Es lo que comúnmente se denominan “peonadas” y consiste, en definitiva, en un pago por acto. Los profesionales sanitarios perciben una cantidad de retribución en función del número de actos asistenciales que realicen una vez concluida su jornada ordinaria y siempre fuera de las jornadas complementaria y especial.

Viene regulado mediante Resolución de 16 de mayo de 2.008, de la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y tiene, como característica especial, que los procesos asistenciales que se realicen bajo esta modalidad deberán corresponder siempre a pacientes en lista de espera, ya que persigue cumplir los objetivos de demora máxima establecidos.

La exención de guardias para mayores de 55 años, perfectamente comprensible como derecho laboral del profesional ante la penosidad intrínseca a la realización de guardias médicas unida a la edad, trae graves consecuencias organizativas dado que, en servicios asistenciales con profesionales de edades parecidas puede ocasionar dificultades para cubrir el turno de guardia, lo que lleva a la contratación de otros médicos cuyo único cometido es la cobertura de guardias. Además de que dichos contratos son claramente discriminatorios respecto al resto de profesionales, no garantizan la continuidad del proceso asistencial dado que los contratados por guardias difícilmente podrán mantener la integración deseada en el servicio médico y, por otra parte, cuando las guardias se cubren con personal contratado al efecto el resto del personal del servicio, exento de realización del turno de guardia, también lo está del derecho a libranza posterior a la misma, con lo que el turno de mañana queda sobreocupado de personal generando ineficiencia en cuanto a los niveles de productividad del mismo.

En cuanto a la autoconcertación si bien es efectiva para control de lista de espera dado que incentiva el rendimiento, no es menos cierto que siendo el propio personal médico quien mantiene un alto grado de control sobre la demanda asistencial y admitiendo que cuenta también con un alto grado de autonomía para organizar su jornada laboral ordinaria, la posibilidad de que se reduzca el rendimiento en jornada ordinaria para garantizar una retribución adicional en turno de tarde es más que probable, así como la existencia “en todo momento” de demanda no asistida y subsidiaria de resolución mediante este sistema,

lo que garantiza el percibo ininterrumpido de este complemento cuyo carácter debiera ser coyuntural.

TABLA RESUMEN DE RETRIBUCIONES DEL PERSONAL FACULTATIVO ESPECIALISTA EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

CONCEPTO RETRIBUTIVO	CARÁCTER DE LA RETRIBUCION	ASPECTO QUE RETRIBUYE	IMPORTE
Sueldo	Fijo	Plaza	14.677,32 € / año
Trienios	Fijo	Plaza: Antigüedad en la misma	564,42 € / año, por cada 3 años de antigüedad
Complemento de Destino	Fjo	Puesto: Nivel de responsabilidad	Entre 8.160,88 € y 11.653,60 € / año
Complemento específico A	Fijo	Plaza	4.366,60 € / año
Complemento específico B	Variable	Jornada / Actividad	Entre 12.294,12 € y 14.447,04 € / año, en función del puesto, por 150 h. de adicionales de trabajo al año, vinculadas a actividad.
Complemento específico C	Variable	Jornada / Flexibilidad	Entre 4.700,76 € y 7.360,44 € / año, en función del número de días/semana de deslizamiento de jornada
Complemento específico D	Fijo	Plaza: Incompatibilidad	2.390,28 € / año
Complemento de atención continuada	Variable	Jornada	Entre 9,77 € y 21,20 € por hora de guardia, en función de la modalidad (presencia física o localizada) y día de la semana (festivo o lectivo)
Complemento de productividad (factor fijo)	Fijo	Puesto / Nivel de responsabilidad	Entre 15.120,84 € y 22.228,56 € / año

CONCEPTO RETRIBUTIVO	CARÁCTER DE LA RETRIBUCION	ASPECTO QUE RETRIBUYE	IMPORTE
Complemento de productividad (factor variable)	Variable	Cumplimiento de objetivos	Entre 2.008,08 € y 2.229,07 € / año, en el año 2.010, para personal de la misma categoría.
Complemento de carrera profesional	Fijo	Plaza / antigüedad En periodo transitorio.	Entre 3.600 € y 12.500 € / año.

2.3. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL FACULTATIVO ESPECIALISTA EN EL SISTEMA ARAGONES DE SALUD

A continuación vamos a hacer un análisis comparativo de las retribuciones reales percibidas por el personal facultativo en el nivel de atención especializada del Servicio Aragonés de Salud.

Utilizaremos como base de datos las retribuciones de los doce meses del año 2.011 de un total de 721 facultativos que prestaron servicios los 365 días del año en un hospital general de la Comunidad Autónoma de Aragón (en adelante “muestra”). Se han eliminado de entre todo el personal facultativo del hospital (en adelante “universo”) a efectos del estudio aquellos que, por cualesquiera razones que sean, no prestaron servicios durante todo el año. La razón para adoptar esta medida ha sido que algunas de las retribuciones no tienen periodicidad diaria o mensual, ni guardan proporcionalidad con el tiempo de trabajo, con lo que de incluir en la muestra estos datos podrían falsear los resultados al carecer aquella de la homogeneidad necesaria.

Se han manejado los siguientes items:

- ❖ Periodo mensual de la retribución
- ❖ Identificador personal
- ❖ Tipo de nombramiento
- ❖ Puesto de trabajo desempeñado
- ❖ Unidad organizativa de adscripción (Servicio)
- ❖ Concepto retributivo
- ❖ Importe acreditado en nómina

La base de datos completa, relativa al universo, consta de 97.248 registros, tratados con hoja de cálculo Excel® de Microsoft®, versión 14.0.4760.1000, parte del paquete Microsoft Office Professional Plus 2010. El análisis estadístico se ha realizado empleando las funciones del software referido, mediante el uso de hojas dinámicas de cálculo.

❖ VARIACIÓN DE LAS RETRIBUCIONES TOTALES.

Las retribuciones anuales totales arrojan los siguientes resultados estadísticos:

Retribución promedio	75.026,79 euros / año
Retribución menor	45.094,29 euros / año
Retribución mayor	144.584,63 euros / año
Desviación estándar	13.303,51 euros / año

Observamos una importante dispersión de resultados en las retribuciones anuales totales, con variaciones entre la menor y la mayor retribución de 99.490 euros / año, un 221 % respecto a la menor y un 133 % respecto a la retribución promedio.

Veamos a continuación si el tipo de vinculación explica las desviaciones:

Vinculación	Retribución promedio	Retribución mayor	Retribución menor
Eventual	67.414,63 €/año	112.730,26 €/año	45.094,29 €/año
Fijo	77.054,47 €/año	144.584,63 €/año	49.035,90 €/año
Interino	74.843,82 €/año	125.721,08 €/año	58.404,36 €/año
Sustituto	71.400,98 €/año	74.497,40 €/año	66.798,17 €/año

Observamos cómo, salvo en el caso del personal "sustituto", se siguen observando diferencias sustanciales en las retribuciones totales, siendo mayores en el personal "fijo".

Veamos estos mismos datos en razón al puesto de trabajo:

Puesto de trabajo	Retribución promedio	Retribución mayor	Retribución menor
Coordinador de calidad	75.532,14 €/año	75.532,14 €/año	75.532,14 €/año
Coordinador de trasplantes	134.695,48 €/año	144.584,63 €/año	124.806,33 €/año
Coordinador de urgencias	83.347,79 €/año	83.347,79 €/año	83.347,79 €/año
F.E.A.	73.629,76 €/año	125.721,08 €/año	45.094,29 €/año
Jefe de seccion	81.552,10 €/año	113.891,48 €/año	65.890,29 €/año
Jefe de servicio	86.983,80 €/año	107.810,45 €/año	70.241,31 €/año

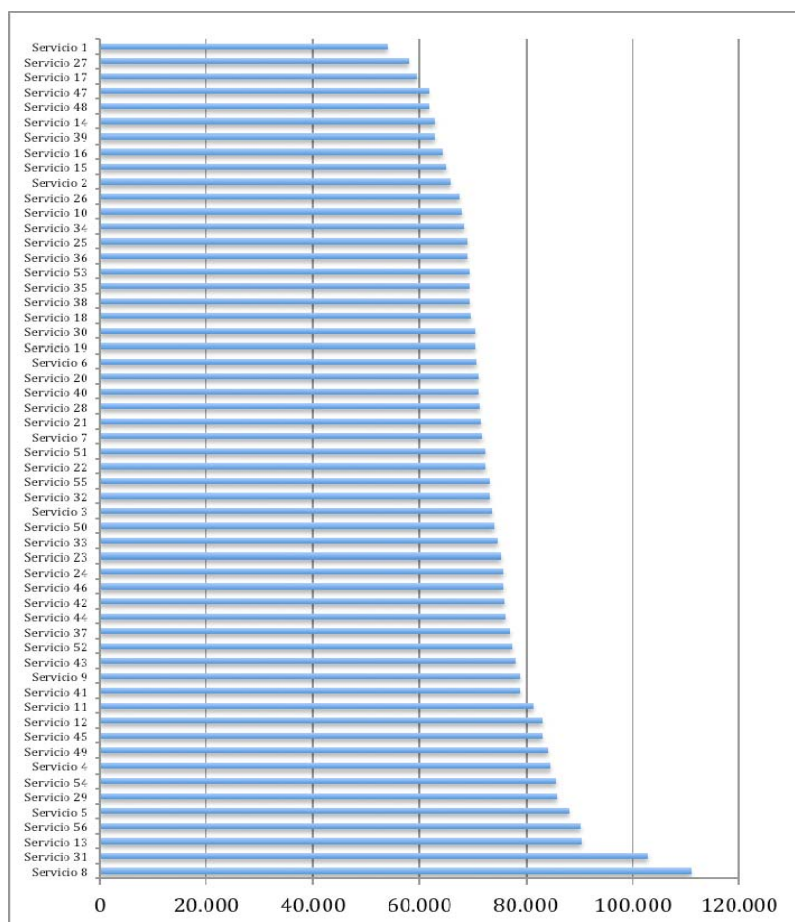
Puesto de trabajo	Retribución promedio	Retribución mayor	Retribución menor
Jefe de unidad de admision	68.182,86 €/año	68.182,86 €/año	68.182,86 €/año
Jefe de unidad de urgencias	92.342,47 €/año	94.558,76 €/año	90.126,17 €/año
Medico de admision y document. Clinica	55.985,70 €/año	60.272,17 €/año	51.019,93 €/año
Medico de urgencia hospitalaria	71.406,65 €/año	89.178,12 €/año	54.639,51 €/año

Aquí ya se pueden deducir explicaciones a la variación de retribución. Vemos como la retribución mayor absoluta de toda la muestra se corresponde con la de un facultativo con categoría de coordinador de trasplantes. El número de elementos de la misma con esta categoría es de 2, siendo sus retribuciones las que figuran como máximo y mínimo del puesto de trabajo por lo que, aisladamente considerados, ofrecen poca información desde el punto de vista estadístico, al igual que las retribuciones correspondientes a las categorías o puestos de coordinador de calidad, jefe de unidad de admisión y coordinador de urgencias, de frecuencia unidad. Algo parecido ocurre con el puesto de jefe de unidad de urgencias o médico de admisión y documentación clínica, con 2 y 3 unidades, respectivamente, en la muestra.

En el resto de categorías comprobamos que, si bien en valor promedio y menor los puestos de jefatura (jefe de servicio y sección) perciben retribuciones mayores que los que ocupan plaza básica (facultativos especialistas de área y médicos de urgencia hospitalaria), no ocurre lo mismo cuando observamos las retribuciones máximas. Esto nos indica que el puesto de trabajo desempeñado, con las excepciones enunciadas en el párrafo anterior, no determina el techo de retribuciones del personal facultativo o, lo que es lo mismo, existen conceptos retributivos no ligados al puesto de trabajo que influyen en mayor medida en la retribución final.

Observamos igualmente amplias diferencias entre retribuciones en los puestos de trabajo básicos y en las jefaturas de sección, acortándose la horquilla retributiva en los jefes de servicio.

No obstante un análisis de las retribuciones por Servicio o Unidad organizativa de adscripción revela diferencias más significativas que las atribuibles al puesto desempeñado, tal como se refleja en el gráfico.



A partir de ahora intentaremos deducir, aislando cada concepto retributivo, cuáles son los que mayor incidencia tienen en las diferencias retributivas. A fin de simplificar el análisis y homogeneizar la muestra extraeremos del estudio los puestos de coordinación y/o jefatura, basándose el estudio a partir de este momento en los puestos de facultativo especialista de área y médicos de urgencia hospitalaria (los que podemos denominar “puestos básicos”), lo que reduce la muestra a 609 elementos.

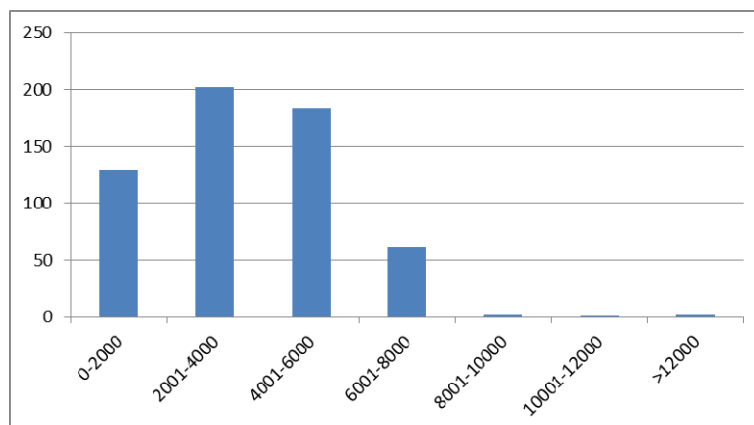
❖ SUELDO

Poco análisis requiere el concepto “sueldo”, toda vez que es el mismo para todo el personal facultativo, siendo el importe anual de 13.308,60. Se observan en la tabla de frecuencias datos en principio discordantes con la afirmación anterior si bien un simple análisis de los datos nos indica que las posibles diferencias se deben a que algunos de los facultativos han estado

en algún momento en situación de IT o permiso por maternidad, por lo que este concepto retributivo se ha visto reducido y compensado con la prestación de pago delegado y la prestación complementaria correspondiente hasta alcanzar el total de retribuciones.

❖ ANTIGÜEDAD

Promedio	3.567,31
Maximo	13.802,52
Minimo	490,98
Moda	4.094,40
Desviacion std	1.863,51
Horquilla	13.311,54
% s/Mínimo	2711%
%s/Promedio	373%



A pesar de la existencia de una horquilla importante entre las retribuciones máxima y mínima, la desviación estándar moderada nos muestra una agrupación de valores de la muestra en torno a la media, tal como puede apreciarse en el gráfico, con importes en torno a los 4.000 euros / año. Como se indicaba en los apartados anteriores la antigüedad es un complemento retributivo que retribuye la permanencia en la plaza y viene determinado por la fecha en que el profesional accedió a la misma, dado que suele ser habitual que una vez se toma posesión de una plaza pública el mero transcurso del tiempo hace que se vaya devengando el derecho al percibo de esta retribución, sin más interrupciones que posibles disfrutes de permisos sin sueldo, poco habituales en el caso del personal facultativo. La distribución tan concentrada nos hace pensar en una edad muy pareja del personal facultativo, hecho que la realidad confirma y que genera no pocos problemas desde el punto de vista de la planificación de RRHH. Podemos concluir este apartado afirmando que esta no es una retribución que explique significativamente las diferencias salariales observadas en los emolumentos anuales de la muestra.

❖ PAGAS EXTRAORDINARIAS

Las pagas extraordinarias están conformadas por una mensualidad de sueldo y trienios (o antigüedad). El complemento de destino también se percibe en el momento de la paga extraordinaria, si bien bajo su propio concepto y correspondiendo a un prorrateo en 14 pagas del su importe anual. A excepción de unos pocos elementos que perciben un importe de antigüedad muy superior al resto (facultativos especialistas de cupo que optaron por la jerarquización y consolidaron el complemento de antigüedad que venían percibiendo por el sistema retributivo correspondiente a su modalidad anterior), la dispersión de retribuciones es prácticamente inapreciable, dado que viene dada por la diferencia de la retribución por antigüedad en dos mensualidades.

❖ COMPLEMENTO DE DESTINO

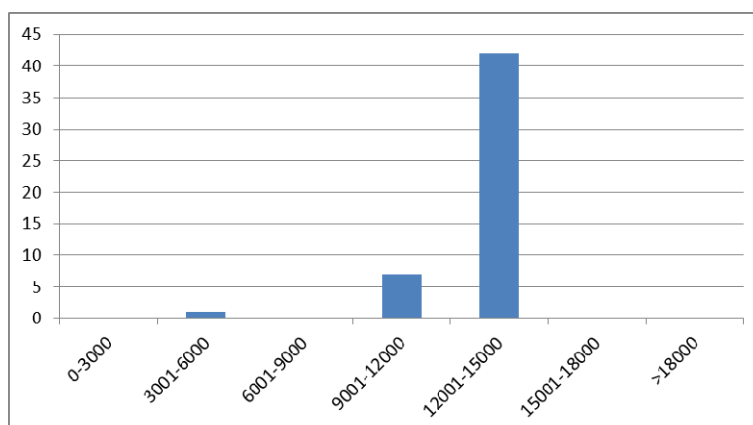
El Complemento de destino viene determinado por el puesto de trabajo ocupado. Excepción hecha de algunas regularizaciones de nómina o profesionales en situación de IT, todos los valores de la muestra se agrupan en torno a la media, con una desviación estándar no significativa.

❖ COMPLEMENTO ESPECÍFICO A

Al igual que el Complemento de destino, el específico A es idéntico para todos los médicos que ocupan el mismo puesto de trabajo. No se aprecian diferencias significativas salvo la ocasionadas por los motivos ya explicados.

❖ COMPLEMENTO ESPECÍFICO B.

Promedio	11.957,31
Maximo	12.822,91
Minimo	5.353,90
Moda	12.294,12
Desviacion std	1.111,81
Horquilla	7.469,01
% s/Mínimo	140%
% s/Promedio	62%

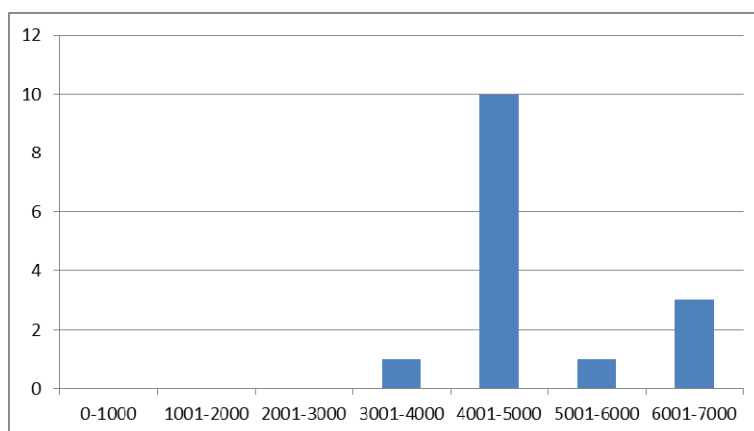


El Complemento específico B, si bien no marca diferencias retributivas entre los que lo perciben, si lo hace entre el colectivo, toda vez que la muestra de elementos con valores superiores a cero es de tan sólo 50 unidades, con valores agrupados en torno al máximo. Los valores positivos inferiores son consecuencia de concesión del complemento a lo largo del año, es decir, con un número de mensualidades percibidas inferior a 12.

Aquí podemos encontrar una retribución que explica algunas de las diferencias retributivas, al percibir 50 elementos de la muestra total alrededor de 13.000 euros más al año. Recordemos que este complemento viene ligado al incremento de jornada (150 horas / año) vinculado a actividad (previo acuerdo de actividad por sesión). No obstante no existe ninguna vinculación directa y condicionada a la consecución de objetivos finales de la organización.

❖ COMPLEMENTO ESPECÍFICO C.

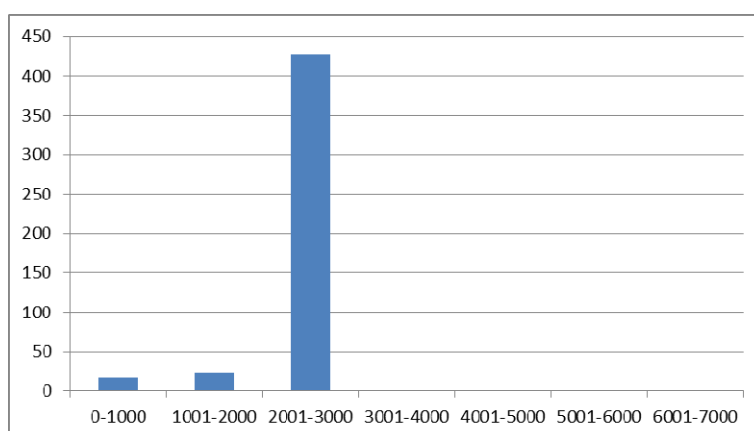
Promedio	4.934,90
Maximo	6.377,08
Minimo	3.133,84
Moda	4.700,76
Desviacion std	785,48
Horquilla	3.243,24
% s/Mínimo	103%
% s/Promedio	66%



El complemento específico C, que recordemos retribuía el deslizamiento de jornada, es decir, la flexibilidad de horario, es percibido únicamente por 15 elementos de la muestra total, estando la mayor parte de los valores agrupados en torno al promedio de valor similar a la moda. Al igual que comentábamos para el Complemento específico B, esta retribución también justifica diferencias entre elementos de la muestra dado que afecta a tan sólo un 2 % de la misma.

❖ COMPLEMENTO ESPECÍFICO D.

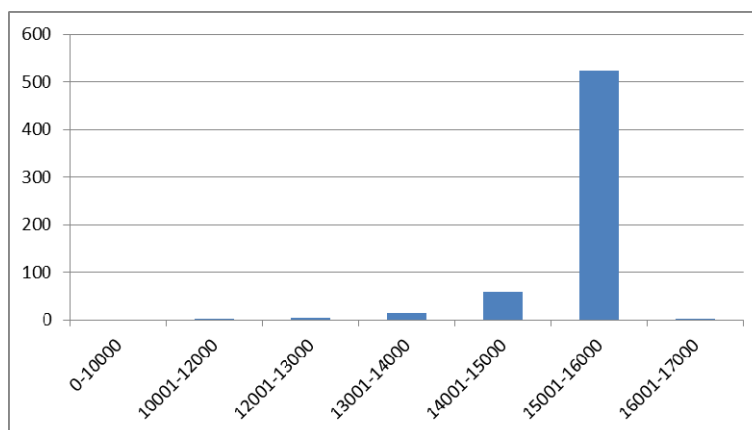
Promedio	2.198,51
Maximo	2.589,47
Minimo	697,17
Moda	2.390,28
Desviacion std	578,83
Horquilla	3.286,64
% s/Mínimo	471%
% s/Promedio	149%



El Complemento D retribuye la incompatibilidad y es percibido por 481 elementos de la muestra, lo que representa el 79 % de la misma. Su cuantía anual no es muy elevada en términos relativos a las retribuciones totales hecho éste que unido a la casi universalización de su percibo hace que no sea un elemento relevante a la hora de explicar las diferencias retributivas. No obstante sorprende el porcentaje tan elevado de facultativos que cobran este complemento y que les impide el compatibilizar la actividad pública y la privada. Señalar en este punto que los facultativos que compatibilizan la actividad asistencial y la docente como profesor asociado, si bien deben solicitar y obtener la declaración de compatibilidad, ésta no provoca la pérdida del derecho al percibo del Complemento específico D.

❖ PRODUCTIVIDAD FACTOR FIJO

Promedio	15.007,84
Maximo	16.380,91
Minimo	10.862,35
Moda	15.120,84
Desviacion std	509,20
Horquilla	5.518,56
% s/Mínimo	51%
% s/Promedio	37%

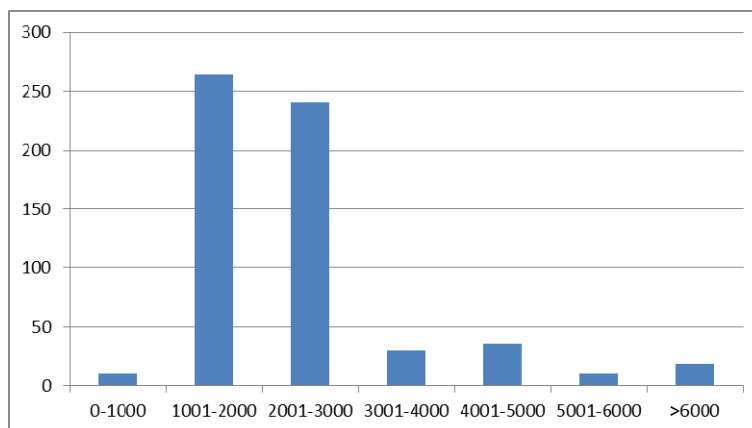


Este es un complemento de percepción universal, asignado a puesto de trabajo en igual cuantía para todos los facultativos con plaza básica. Prácticamente todos los valores de la muestra se agrupan en torno al promedio, estando la dispersión justificada por regularización de nómina y periodos en situación de IT en algunos profesionales.

Evidentemente este complemento que por su naturaleza debiera estar vinculado al cumplimiento de objetivos, no cumple su fin.

❖ PRODUCTIVIDAD FACTOR VARIABLE.

Promedio	2.498,58
Maximo	29.300,90
Minimo	485,65
Moda	1.757,45
Desviacion std	1.746,06
Horquilla	28.815,25
% s/Mínimo	5933%
% s/Promedio	1153%



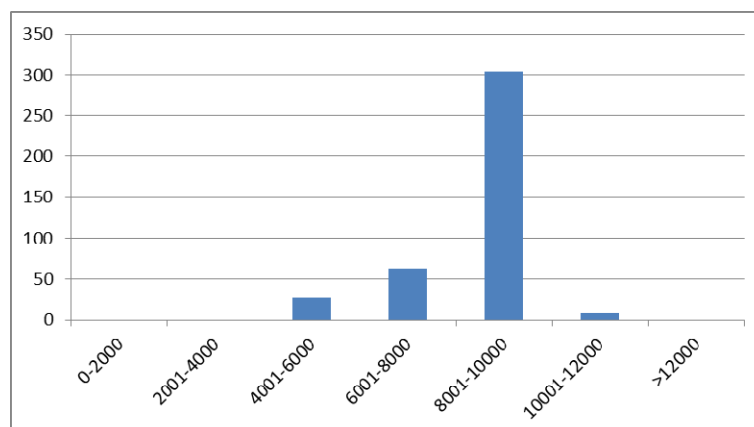
Estamos ante el concepto variable por excelencia y que debería marcar diferencias en las retribuciones del personal, toda vez que su cuantía viene ligada al cumplimiento de los objetivos del servicio e individuales. Si nos atenemos a la horquilla de valores podríamos entender que así es, al observar una diferencia entre la retribución máxima y la mínima de 28.815 euros, valor que multiplica por 12 el promedio. No obstante la dispersión medida por la desviación estándar es de apenas 1.750 euros. Estos resultados se explican por la existencia de 18 valores superiores a 6.000 euros y, en especial y entre éstos, dos valores extremos de 12.600 y 29.300 euros que se corresponden con retribuciones de puesto ejercido en funciones imputadas a este concepto retributivo.

La realidad nos muestra cómo el 83 % de los valores están agrupados entre 1.000 y 3.000 euros / año, lo que nos lleva a la conclusión de que tanto por su valor absoluto como por las diferencias entre máximos y mínimos (excluyendo los que podríamos considerar

outliers) esta retribución difícilmente puede considerarse un incentivo al rendimiento.

❖ CARRERA PROFESIONAL.

Promedio	8.351,23
Maximo	11.875,05
Minimo	3.420,00
Moda	9.500,04
Desviacion std	1.968,34
Horquilla	8.455,05
% s/Mínimo	247%
% s/Promedio	101%



El complemento de carrera profesional lo perciben el 71 % de los elementos de la muestra, con valores agrupados en torno al promedio de 8.351 euros, muy cercano al valor modal de 9.500 euros.

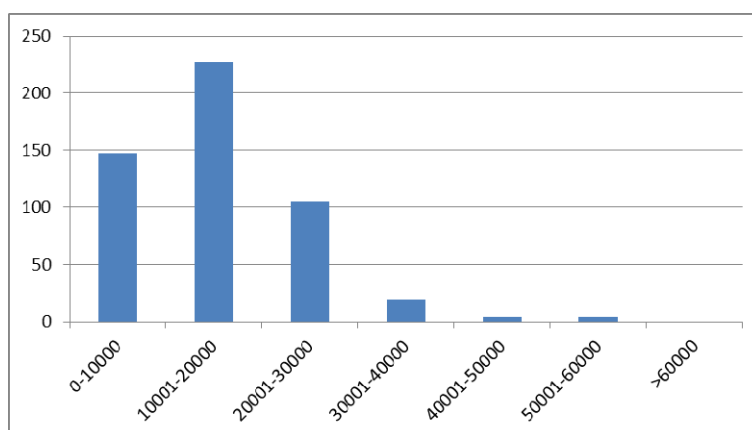
Como se indicó anteriormente el régimen transitorio de aplicación de este complemento establecía su acreditación en base a la antigüedad, sin valoración de otros méritos, lo que explica el agrupamiento de los valores de la muestra dado que, por un lado, casi todos los profesionales cumplen las condiciones para su percibo (un mínimo de años de antigüedad) y, además, tienen acumulados años suficientes de antigüedad para acceder al máximo nivel. Por el otro extremo está el 29 % de facultativos de reciente incorporación que todavía no han alcanzado el mínimo de 5 años de antigüedad para acceder al primer nivel de carrera profesional.

En este momento este complemento no justifica diferencias retributivas dado que la mayor parte del personal lo percibe. No obstante conforme ese 71 % de la plantilla que actualmente está en el nivel

máximo de carrera profesional (el III, por el momento) vaya jubilándose, se observarán mayores diferencias. Este complemento no está vinculado directamente a la consecución de objetivos anuales pero guarda relación en cuanto que fomenta el esfuerzo continuo de los profesionales por mantener actualizados sus conocimientos y su compromiso con la organización, con independencia del puesto ocupado.

❖ ATENCIÓN CONTINUADA.

Promedio	15.447,52
Maximo	58.220,48
Minimo	17,50
Moda	--
Desviacion std	8.648,14
Horquilla	58.202,98
% s/Mínimo	332588%
% s/Promedio	377%

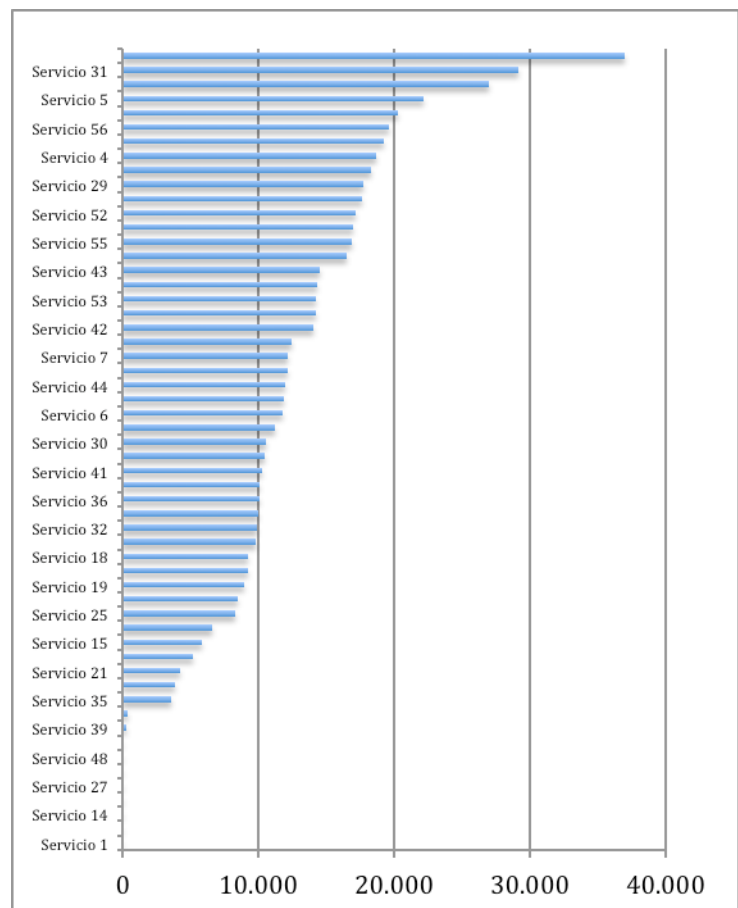


A efectos de análisis incluimos bajo este epígrafe tanto la atención continuada propiamente dicha como el complemento de actividad sustitutoria de mayores de 55 años por exención de guardias médicas. El número de elementos de la muestra que perciben este complemento es de 508, lo que equivale a un 83 % del total. Estamos por tanto ante un concepto retributivo de percibo casi universal. No obstante se aprecian importantes diferencias con un amplio intervalo de agrupación de valores de alrededor de 30.000 euros, con una dispersión de 8.648.

En este caso la Unidad Asistencial o Servicio al que se adscribe el puesto ocupado es determinante de la probabilidad y la cuantía de percibo de este complemento retributivo, dado que viene ligado a la organización del mismo y a su naturaleza. Así nos encontramos con que

mientras el promedio de complemento de atención continuada percibido por un medico del servicio 35 es de 3.619 euros / año, el de uno del servicio 8 alcanza los 34.217 euros / año.

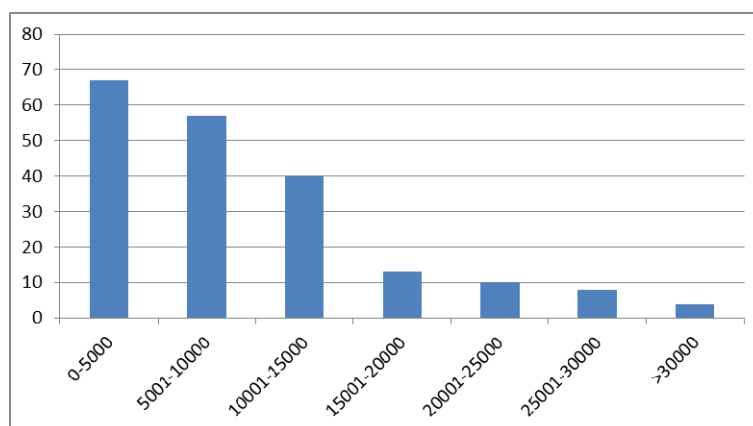
Este complemento no tiene ninguna relación con el cumplimiento de objetivos, sino con la organización asistencial en cada servicio en atención a la intensidad y extensión



de la misma. Se trata de dar cobertura a un horario determinado de asistencia y es la Dirección de cada centro quien aprueba el calendario de guardias y, por tanto, determina cuántos especialistas deben permanecer a disposición por cada especialidad y en qué horario y modalidad (presencia física o localizada). No obstante la opinión del responsable del Servicio pesa extraordinariamente en la decisión de la Dirección, por lo que podríamos afirmar que se trata de una responsabilidad organizativa compartida ente Dirección y Jefe de Servicio, con importantes consecuencias económicas tanto a nivel global de la organización como individual de cada facultativo.

❖ AUTOCONCERTACIÓN.

Promedio	9.481,85
Maximo	32.570,00
Minimo	252,00
Moda	3.960,00
Desviacion std	7.539,07
Horquilla	32.318,00
% s/Mínimo	12825%
% s/Promedio	341%



El complemento de autoconcertación (comúnmente llamado “peonada”) lo perciben 199 facultativos, lo que representa un tercio de la muestra. Los valores están muy dispersos, con una desviación estándar de 7.539 euros para un valor promedio de 9.481 y un valor modal de 3.960 euros. Prácticamente todos los valores se agrupan en un intervalo entre 1.000 y 15.000 euros / año, si bien existen extremos significativos que perciben entre 20.000 y más de 30.000 euros / año (35 elementos) con un valor máximo de 32.570 euros/año.

Este complemento retribuye la actividad, dado que el módulo de retribución es proporcional al número de actos asistenciales (en general, intervenciones quirúrgicas) que se realizan fuera de la jornada ordinaria, en lo que el EM denomina “jornada especial”.

La razón de realizar esta actividad superando la jornada ordinaria es el exceso de demanda no atendida en la misma, es decir, la reducción de las denominadas “listas de espera”. El problema viene cuando observamos cómo es el propio personal facultativo el que decide, tras valorar a los pacientes que lo solicitan, cuáles deben ser operados y con qué urgencia, por lo que estamos ante una demanda de actividad altamente inducida por el propio actor que debe atenderla y para lo cual se le ofrece la posibilidad de percibir por ello una retribución adicional, en

lo que representa una perfecta relación de agente del facultativo respecto del sistema público sanitario.

Si a ello le añadimos el escaso control por parte de la organización respecto a la actividad desarrollada en jornada ordinaria de trabajo, tenemos un escenario perfecto para la proliferación de actuaciones interesadas por parte de los facultativos.

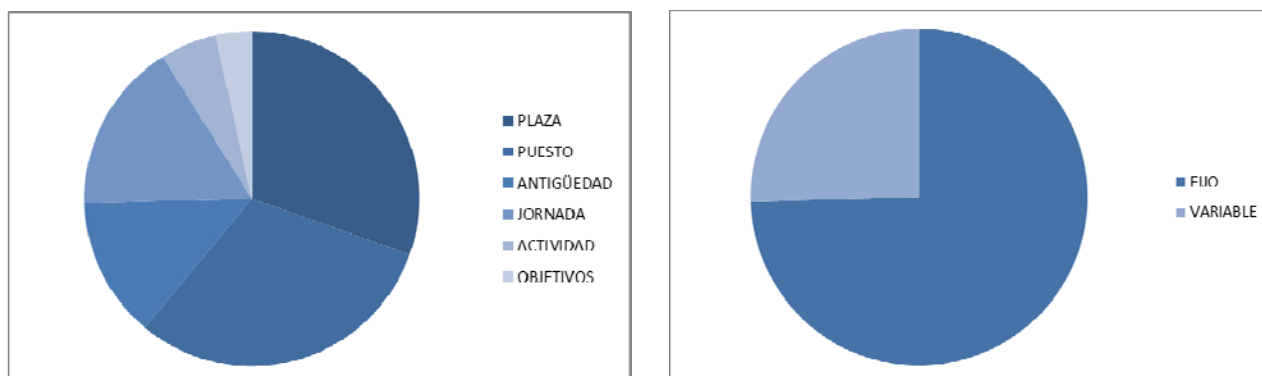
CONCLUSIONES

❖ Se evidencian amplias diferencias retributivas entre el personal facultativo del servicio sanitario público de Aragón. Estas diferencias traen causa, más que del nivel de responsabilidad del puesto de trabajo desempeñado, de la organización del Servicio en cuanto a la cobertura del horario de asistencia.

❖ Un facultativo podrá ver que su nivel de retribución es distinto en función del número de guardias a realizar y su distribución entre el personal del Servicio al que está adscrito así como la existencia de demanda (o posibilidad de inducirla) no atendida en jornada ordinaria. La oferta de trabajo por especialidad tiene especial relevancia, dado que tanto la actividad como las guardias se distribuyen entre el personal del Servicio a criterio de su responsable.

❖ Las retribuciones establecidas como incentivos al rendimiento no cumplen tal fin, dado que una buena parte de dichas retribuciones son de pago por puesto (productividad fija), sin vinculación alguna al cumplimiento de objetivos y el resto (productividad variable) es de reducida cuantía en relación con el total de retribuciones anuales y su variación entre profesionales es mínima e insuficiente para incentivar el rendimiento y el compromiso del profesional con la organización.

❖ Observamos cómo apenas una cuarta parte de las retribuciones son variables, quedando el peso retributivo distribuido en conceptos devengados por ocupar una plaza, un puesto o por antigüedad. Los conceptos variables vienen determinados en su mayoría por la realización de jornadas complementaria o especial y en una pequeña parte por actividad (que conlleva prolongación de jornada, a su vez) y por cumplimiento de objetivos.



❖ Dentro de los conceptos variables las diferencias más importantes entre retribuciones de distintos facultativos las encontramos en la Atención Continuada, donde pueden alcanzarse retribuciones de más de 58.000 euros /año, Complemento específico B y C, con 12.000 y 4.700 euros/año respectivamente y una aplicación muy selectiva en un número reducido de facultativos (50 y 15, respectivamente, de una muestra de 609 individuos) y Complemento por autoconcertación, de aplicación también restringida aun cuando lo perciben un tercio de la muestra y valores que pueden alcanzar más de 32.000 euros/año con un promedio cercano a 10.000 euros/año.

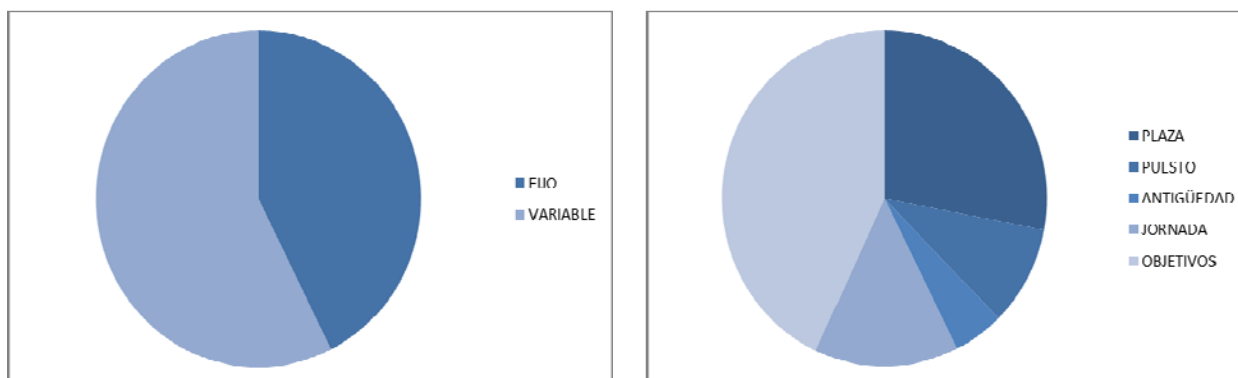
❖ Este esquema retributivo induce más que al cumplimiento de objetivos y al compromiso con la organización a una reducción de la productividad en jornada ordinaria y a una organización del trabajo ineficiente, con baja optimización en el empleo de recursos.

❖ También potencia la restricción de la oferta de trabajo al venir buena parte de las cuantías de los conceptos que generan variación en las retribuciones de cada facultativo determinadas por el número de efectivos por especialidad o Servicio (cobertura de guardias médicas, realización de "peonadas", ...).

❖ Convendría vincular los conceptos variables al cumplimiento de objetivos y lugar de a parámetros que podríamos denominar “instrumentales” cómo la jornada o la actividad. Igualmente deberían incrementarse los conceptos variables, adquiriendo tal condición el factor fijo de Productividad. El acceso a los distintos niveles de carrera profesional debería hacerse por cumplimiento de todos los parámetros establecidos en los baremos y no debería consolidarse en su totalidad, dado que para su acreditación se valoran aspectos (actividad docente, investigadora, formación, compromiso con la organización) que pueden variar a lo largo del tiempo, entendiendo que no son acumulables en el tiempo en su totalidad y, por tanto, susceptibles de consolidación. Así, por ejemplo, debería valorarse más la actividad investigadora o docente continuada del facultativo que su participación esporádica o circunstancial en un momento de su vida laboral, de tal forma que aquel profesional que en un momento tuvo una actividad investigadora muy intensa y que, con el transcurso del tiempo, la ha abandonado, no puede consolidar la retribución correspondiente hasta el momento de su jubilación.

❖ El Complemento específico D debiera desaparecer y, en todo caso, incrementar la porción variable de retribución vinculada al cumplimiento de objetivos. En nuestra opinión resulta un artificio su existencia con el sólo pretexto de permitir la renuncia al mismo con fines de compatibilización del puesto público. Entendemos que, dada la relación de agencia existente en este tipo de personal, la incompatibilidad debería ser obligada salvo con actividades docentes e investigadoras.

❖ Bajo estas propuestas la distribución de conceptos retributivos pasaría a ser la que se muestra en los gráficos siguientes:



❖ Convendría, para terminar, plantear sistemas de cobertura asistencial durante la jornada distintos de la guardia médica (trabajo a turnos, jornadas de 12 horas, ...) a fin de desincentivar el uso abusivo de esta modalidad que limita el acceso a puestos de trabajo a médicos especialistas y compromete el recambio generacional, al estar los puestos existentes repartidos en un número de especialistas inferior al que pudiera ser de no existir esta restricción. Además de en el nivel de empleo, esta medida tendría un efecto beneficioso en la estructura retributiva, toda vez que incrementaría la proporción de retribución variable que quedaría en su totalidad ligada al cumplimiento de objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- Bellon Saameño, J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones. *Atención Primaria*(38), 293-298.
- Garcia y Ninet, J. I. (2007). Antecedentes o precedentes del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud. *Derecho y Salud*.
- Martín Martín, J. (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas.
- Oxley, H. (1993). *El Sector Público en los 80 y experimentos de política pública para los 90*. Fundación BBV.

WEBGRAFIA

- Baeza Gómez, P. (s.f.). *Federación Estatal de Sindicatos de Sanidad de la CGT*. Recuperado el 05 de 2012, de <http://www.fesancgt.org/docs/Informe%20Estatuto%20Marco%20final.pdf>
- Girela Molina, B. (2003). *Asociación Andaluza de Inspección de Servicios Sanitarios*. Recuperado el 05 de 2012, de www.aaiss.com/_documentos/premiobraulio.doc
- González Rebollo, A. M. (2002). *Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes*. Recuperado el 05 de 2012, de <http://www.cervantesvirtual.com/obra/los-colegios-medicos-en-espana-18931917--0/>

REFERENCIAS NORMATIVAS

Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas. BOE núm. 4, de 4 de enero de 1.985.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301 de 17 de diciembre de 2.003.

Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 8 de agosto de 1.986, sobre retribuciones del personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía (BOE núm. 194, de 14 de agosto de 1.986).

REAL DECRETO 1558/1986. de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. BOE núm. 182, de 31 de julio de 1.986.

Resolución de 24 de enero de 2.011, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal estatutario en el año 2.011